

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND

FACULTE DE MEDECINE

no 75

ANNEE 1972

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Marcel VENET

Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

né le 13 juin 1942 à Chazelles-sur-Lyon (Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 1972

PLACENTA PRAEVIA :

ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES

et PRONOSTIQUES

A PROPOS DE 112 OBSERVATIONS

Président : M. BAUDON, Professeur

Membres du Jury : M. TERRASSE, Professeur
M. JACQUEMET, Professeur
M. BRUHAT, Maître de Conférence Agrégé

LE PUY
IMPRIMERIE L'ÉVEIL
1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PLACENTA PRAEVIA :
ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THÉRAPEUTIQUES
et PRONOSTIQUES
A PROPOS DE 112 OBSERVATIONS

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1972

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Marcel VENET

Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

né le 13 juin 1942 à Chazelles-sur-Lyon (Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 1972

PLACENTA PRAEVIA :
ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES
et PRONOSTIQUES
A PROPOS DE 112 OBSERVATIONS

Président : M. BAUDON, Professeur

Membres du Jury : M. TERRASSE, Professeur
M. JACQUEMET, Professeur
M. BRUHAT, Maître de Conférence Agrégé

LE PUY
IMPRIMERIE L'ÉVEIL
1972

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND

Président : R. KOHLMULLER

Vice-Président : M. LEMOSSE

Secrétaire générale : Mme CHOPART

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : G. MEYNIEL

1° Vice-Doyen : P. LATAIX

2° Vice-Doyen : C. GENTOU

Directeur honoraire : M. MERLE

Professeurs Honoraires : M^{me} BLANQUET, MM. GERMAIN,
PETIT, THOMAS, VAURS, VILLEMIN-CLOG

I. — PROFESSEURS TITULAIRES

MM. BARRIER	Clinique Chirurgicale A
BAUDON	Clinique Obstétricale
BERGERON	Pathologie Médicale
CHAMPEIX	Médecine Légale et Médecine Sociale
CLUZEL	Bactériologie et Hygiène
COULET	Botanique et Microbiologie
DASTUGUE	Biochimie Médicale
DELAGE	Anatomie Pathologie
DUCHÈNE-MARULLAZ	Pharmacologie
FOURRIER	Pathologie Chirurgicale
GRAS	Clinique Médicale A
JACQUEMET	Technique Chirurgicale
JALLUT	Sémiologie Médicale
JANNY	Neuro-chirurgie
LATAIX	Clinique Chirurgicale B
MERCIER	Anatomie
MEYNIEL	Biophysique Médicale
MOLINA	Clinique Pneumo-Phtisiologique
POROT	Clinique Neurologique et Psychiatrique
Mlle RAMPON	Thérapeutique

MM. ROUHER	Clinique Ophtalmologique
TERRASSE	Clinique Médicale B
THIEBLOT	Physiologie
TURCHINI	Histologie et Embryologie

II. — PROFESSEURS TITULAIRES A TITRE PERSONNEL

MM. ALFIERI	Biophysique Médicale
PIGNIDE	Médecine Générale
REY	Maladies infectieuses
VIALLET	Electro-Radiologie

III — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BOURDEIX	Chirurgie Générale
MENUT	Pédiatrie et Puériculture
Mme MOINADE	Médecine Générale et Thérapeutique
MM. MONTRIEUL	Neuro-Chirurgie
NEVEU	Urologie
VENRIES DE LAGUILLAUMIE	Anatomie Pathologie

IV — MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

MM. BAGUET	Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie
BEYTOUT	Bactériologie - Virologie
BOUCHER	Physiologie
BRUHAT	Gynécologie et Obstétrique
CHABANNES	Neuro-Chirurgie
CONSTANTIN	Anesthésiologie
GAILLARD DE COLLOGNY	Oto-Rhino-Laryngologie
GENTOU	Biochimie Médicale
GLANDDIER	Chirurgie Générale
Mme LAVARENNE	Pharmacologie Médicale
MM. MALET	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
MARCHEIX	Médecine Interne
PERI	Stomatologie
PLAGNE	Cancérologie Clinique
PLANCHE	Psychiatrie d'Adultes
RAYNAUD	Pédiatrie
SOLE	Ophtalmologie

TEINTURIER

Orthopédie - Traumatologie -
Chirurgie Plastique et
Constructive

VANNEUVILLE

Anatomie et Organogénèse
(Option Clinique Chirurgie
générale)

V — *MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES*

M. POURHADI

Histologie - Embryologie

VI — *AGREGES*

MM. RENARD
TOUNILHAC

Pneumo-Phtisiologie
Neurologie et Psychiatrie

Attaché Principal de la Faculté de Médecine : F. BERTHON

Conservateur de la Bibliothèque : M. ARCHIMBAUD

La faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de Thèses de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner ni approbation, ni improbation (Délibération du 6 juin 1956).

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS : GUILLAUME et PHILIPPE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BAUDON

*Professeur de clinique obstétricale
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux. Chef de Service
Officier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique*

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Il nous a accueilli dans son service comme
externe, puis comme interne durant trois se-
mestres au cours desquels nous avons pu
apprécier sa grande expérience obstétricale,
la clarté et la valeur de son enseignement cli-
nique, mais surtout son sens profond de
l'humain.*

*Il nous a guidé avec la plus grande bien-
veillance dans cette vaste discipline que repré-
sente la gynécologie et l'obstétrique. Qu'il en
soit remercié.*

*Que cette thèse soit un témoignage de
notre respectueuse admiration et de notre pro-
fond attachement.*

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur TERRASSE

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux. Chef de Service

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945 et des T.O.E.

Commandeur des Palmes Académiques

La période de formation médicale passée dans son service comme externe fut particulièrement enrichissante, et nous a révélé l'étendue de sa culture et de son expérience.

Il nous fait l'honneur de juger ce travail, pourtant si éloigné de ses spécialités.

Nous lui en exprimons notre profonde reconnaissance et l'assurons de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur JACQUEMET

Professeur de Technique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier des Palmes Académiques

Officier de la Santé Publique

Une année d'internat passé dans son service fut pour notre formation des plus fructueuses.

Nous avons été séduit par sa haute compétence chirurgicale, par son souci constant de la perfection, et par son sens remarquable de l'organisation qui fait de son service le plus agréable que nous avons connu et où nous avons le plus appris.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de juger cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère admiration et notre plus profond respect.

Monsieur le Professeur BRUHAT

*Maitre de Conférences, Agrégé (Gynécologie et obstétrique)
Gynécologue des Hôpitaux. Non chef de service*

Nous avons trouvé en lui un ami dont nous ne cessons d'admirer la valeur professionnelle. Son dynamisme, son désir permanent du « mieux » nous ont profondément marqué.

Nous l'assurons ici de notre indéfectible amitié.

A Monsieur le Docteur GENDRE

Médecin accoucheur des Hôpitaux

*Il nous a largement fait bénéficier de son
expérience et guidé dans notre initiation à la
pratique obstétricale.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.*

A CEUX QUI FURENT NOS MAÎTRES
AU COURS DE NOTRE INTERNAT

Monsieur le Professeur BARRIER
Monsieur le Professeur LATAIX
Monsieur le Docteur LECOCQ
Monsieur le Professeur NEVEU

Ils ont bien voulu nous accueillir dans leur service.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Chirurgiens

Monsieur le Docteur GAILLARD
Monsieur le Docteur PRADEAU
Monsieur le Docteur CHANAL
Monsieur le Docteur LAURAS
Monsieur le Docteur VINCENT
Monsieur le Professeur Agrégé GLANDDIER

Ils nous ont fait bénéficier de leur expérience et de leurs conseils.

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

A Mademoiselle le Docteur GAULME

Elle a bien voulu nous aider à la réalisation de ce travail.

En témoignage de notre bien vive sympathie.

A Monsieur SIDNEY

*Son aide m'a été particulièrement précieuse.
Avec mes sincères remerciements.*

A Mesdames les Sages-Femmes

A tous nos amis

Assistants

Internes

Externes

des HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

INTRODUCTION

Le placenta est dit *prævia* lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus.

Cette anomalie s'exprime cliniquement dans la majorité des cas par des métrorragies bien caractéristiques survenant le plus souvent dans le troisième trimestre de la grossesse, mais parfois plus précocement.

— Il s'agit d'un SYNDROME OBSTÉTRICAL :

- relativement fréquent,
- grave sur le plan maternel et surtout sur le plan fœtal,
- sources de problèmes thérapeutiques toujours délicats pour l'accoucheur.

— DEUX ORDRES DE PROGRÈS ont marqué cette pathologie

- des progrès thérapeutiques
- des progrès diagnostiques.

1° La thérapeutique du placenta *prævia* s'est considérablement enrichie ces dernières années avec le perfectionnement des techniques d'anesthésie réanimation et des techniques opératoires, et plus récemment, avec la réanimation néonatale intensive précoce.

Les résultats de cette thérapeutique apparaissent surtout dans l'amélioration considérable du pronostic maternel. Il suffit de se rappeler les pourcentages effroyables de morts maternelles : MULLER et SIMPSON 28 %, TARNIER 21,05 %, REICH rapporte encore une mortalité de 5,48 % dans la période de 1913 à 1941. Actuellement, cette mortalité ne disparaît pas et les statistiques les plus récentes donnent 1 à 2 % de mortalité.

Cette amélioration est loin d'être aussi nette pour le pronostic foetal. La mortalité demeure importante (15 à 25 %) et l'avenir des enfants vivants reste à déterminer.

2° Les progrès diagnostiques sont plus récents. En France, c'est seulement depuis 1964 que se sont développés, sous l'influence de MAYER, HENRION, Mme COMBRISON, les procédés isotopiques.

Auparavant, plusieurs méthodes avaient été tentées mais sans succès : cystographie, amniographie, aortographie. Ces différentes techniques s'étaient avérées, soit rapidement insuffisantes, soit dangereuses ou encore difficilement réalisables.

La découverte d'isotopes maniables et inoffensifs pour le fœtus donne à la placentographie isotopique une place de choix comme méthode de diagnostic de l'insertion basse du placenta.

Actuellement, les ultrasons paraissent être également une méthode intéressante par sa précision et son innocuité.

Au cours de ce travail, nous nous sommes intéressés aux seules formes hémorragiques de l'insertion basse du placenta.

Nous avons éliminé toutes les formes asymptomatiques dont le diagnostic ne peut être fait que par la mesure du petit côté du sac membraneux. Également nous n'avons pas retenu les observations où l'hémorragie a été passagère et discrète à tel point que le diagnostic d'insertion basse n'a été porté qu'à posteriori.

PLAN DE CE TRAVAIL

1° Un bref rappel anatomique et physiopathologique définiront les types d'insertion basse du placenta prævia et les conséquences de cette anomalie.

2° La Fréquence et les Circonstances de survenue seront ensuite envisagées.

3° Trois problèmes ont attiré plus particulièrement notre attention :

— *LE DIAGNOSTIC* du placenta prævia avant et depuis les méthodes isotopiques.

— *LES MOYENS THERAPEUTIQUES*. Nous insistons :

* sur le traitement conservateur,

* sur la place de la césarienne.

— *LES RESULTATS* maternels et fœtaux et à ce propos nous essayerons :

* de dégager les facteurs de la mortalité fœtale et les moyens qui permettent de réduire cette mortalité.

* et de préciser le devenir des enfants nés vivants.

RAPPELS ANATOMIQUES
ET
PHYSIOPATHOLOGIQUES

RAPPELS ANATOMIQUES

L'insertion du Placenta est dite *prævia* lorsque celui-ci s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.

En fait, cette zone, artificiellement définie comme la partie basse amincie de l'utérus gravide située entre le corps et le col, ne s'individualise qu'en fin de grossesse parfois même qu'au cours du travail.

Aussi, il paraît plus logique de dire que le placenta est *prævia* lorsqu'il s'attache à la partie basse de l'utérus en regard ou au voisinage de l'orifice interne du col.

Classiquement, selon l'importance de l'empiètement du placenta sur ce segment inférieur, on distingue plusieurs variétés :

- les variétés *latérales* très fréquentes où le bord du placenta reste à distance de l'orifice interne du col, à moins de 7,5 cm pour BARNES, et pour PINARD à moins de 10 cm ;
- les variétés *marginales* où le bord inférieur effleure l'orifice interne du col ;
- les variétés *recouvrantes* que l'on dit partielles ou totales selon que l'orifice interne du col est en regard ou non du centre du placenta.

Cette classification anatomique classique soulève trois ordres de remarques :

I. Ces définitions ne sont valables qu'en fin de grossesse.

— En effet, un placenta inséré bas, au cours du 6^e mois de grossesse, va effectuer une sorte d'ascension du fait du développement de l'utérus. Le bord du placenta va s'éloigner ainsi progressivement de l'orifice interne du col.

— D'autre part, pendant le travail, lors de la dilatation du col et de la formation du segment inférieur, les rapports avec le placenta vont se modifier. Une insertion, définie marginale au début, pourra devenir progressivement recouvrante au fur et à mesure de l'ouverture du col.

C'est la raison pour laquelle COUVELAIRE distinguait :

- * les variétés recouvrantes où une partie du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col ;
- * les variétés non recouvrantes dans lesquelles le bord placentaire ne déborde jamais sur l'orifice cervical.

Cette distinction ne peut encore être faite que pendant le travail.

II. Hormis le cas du placenta prævia recouvrant totalement l'orifice interne du col, il est pratiquement toujours possible d'atteindre les membranes de l'œuf. Leur rupture représentera un geste essentiel dans le traitement du placenta prævia hémorragique.

III. Actuellement, avec les moyens diagnostiques précis qui sont à notre disposition, il paraît plus intéressant de retenir 2 *localisations* placentaires :

- le placenta *recouvrant total* qui ne permet aucune solution par voie basse ;

- *le placenta antérieur* qui gênera l'extraction de l'enfant s'il y a indication de césarienne et qui sera source d'hémorragies parfois néfastes pour l'enfant.

La localisation placentaire a pu être précisée dans toutes nos observations, soit par l'examen clinique, soit par césarienne, soit par la méthode isotopique de localisation.

Nous relevons :

— 17 placenta « latéral » 15,3 %

— 41 placenta « marginal » 36,6 %

— 30 placenta « recouvrant partiel » 26,7 %

et surtout :

— 24 placenta « recouvrant total » 21,4 %

— et 17 placenta insérés sur la face antérieure de l'utérus : ces placenta pouvant être marginaux ou recouvrants.

CONSÉQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES

L'insertion basse du placenta est à l'origine des accidents et des complications qui vont émailler :

- la grossesse
- l'accouchement
- les suites de couche

I. — PENDANT LA GROSSESSE

Le placenta a plusieurs conséquences :

a) *il gêne l'accommodation* ; de ce fait est responsable de présentations vicieuses : siège, transverse.

b) *la rupture prématurée des membranes.*

Elle est due à une mauvaise élasticité des membranes au voisinage du placenta. Et, au moment des premières contractions utérines « ou bien les membranes résistent, le placenta se décolle, ou bien le placenta résiste au décollement, les membranes se rompent » (LACOMME). Cette rupture prématurée des membranes entraîne un fort pourcentage d'accouchements prématurés et favorise en outre la procidence du cordon.

c) *les hémorragies.*

Elles représentent l'accident le plus fréquent et le plus redoutable.

Mécanisme : il s'agit essentiellement d'un décollement du placenta soit par distension du segment inférieur (JACQUEMIER), soit par tiraillement des membranes (PINARD). Ce décollement partiel du placenta ouvre les sinus maternels qui restent béants, d'où une hémorragie qui peut être extrêmement abondante.

Origine : L'origine de cette hémorragie est à la fois maternelle et fœtale :

- maternelle : le sang provient des sinus utérins qui ne peuvent s'obstruer.
- fœtale : elle est plus rare. Il se produirait, lors du décollement placentaire, une déchirure des villosités choriales et ainsi une rupture des vaisseaux fœtaux.

La preuve de l'origine fœtale de l'hémorragie est apportée par la constatation d'anémies importantes du nouveau-né et la découverte d'hématies fœtales dans le sang qui s'écoule à la vulve.

II. — PENDANT LA DELIVRANCE

Le segment inférieur est pauvre en fibres musculaires, il se contractera mal. Ceci a pour conséquences :

- d'entraîner parfois un décollement incomplet du placenta et par conséquent des hémorragies persistantes.
- d'entraîner une mauvaise rétraction du segment inférieur une fois que le placenta est complètement décollé et donc une mauvaise obturation des sinus sanguins maternels qui continueront à saigner.

III. — DANS LES SUITES DE COUCHES

L'aire placentaire se rapproche du col au moment de l'involution, et ainsi du vagin qui est une cavité septique. Il en résulte des risques accrus d'infections qui pourront se propager aux systèmes veineux du petit bassin.

FRÉQUENCE
ET
FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

LA FREQUENCE

Le placenta prævia à manifestations hémorragiques représente une pathologie obstétricale fréquente.

A la maternité, au cours de la période allant de 1960 à 1971, 26.259 accouchements ont été enregistrés. Sur ces 26.259 accouchements, 112 observations de placenta prævia hémorragiques ont été relevées, soit une fréquence de 0,45 % *ce qui représente 1 placenta prævia pour 250 accouchements.*

Les autres statistiques rapportent des pourcentages assez voisins :

— DUMONT 0,31 %

— LEPAGE 0,37 %

— PALLIEZ 0,81 %

— NELKEN 0,94 %

— GROSIEUX 0,62 %

— HIBBARD 0,41 %

Le placenta prævia mérite donc d'être pris en considération.

LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Si l'étiologie du placenta prævia demeure inconnue, par contre, nous connaissons un certain nombre de facteurs favorisants sur lesquels ont insisté la plupart des auteurs.

— LA MULTIPARITE.

La plus grande fréquence du placenta prævia chez la multipare est une notion maintenant bien classique.

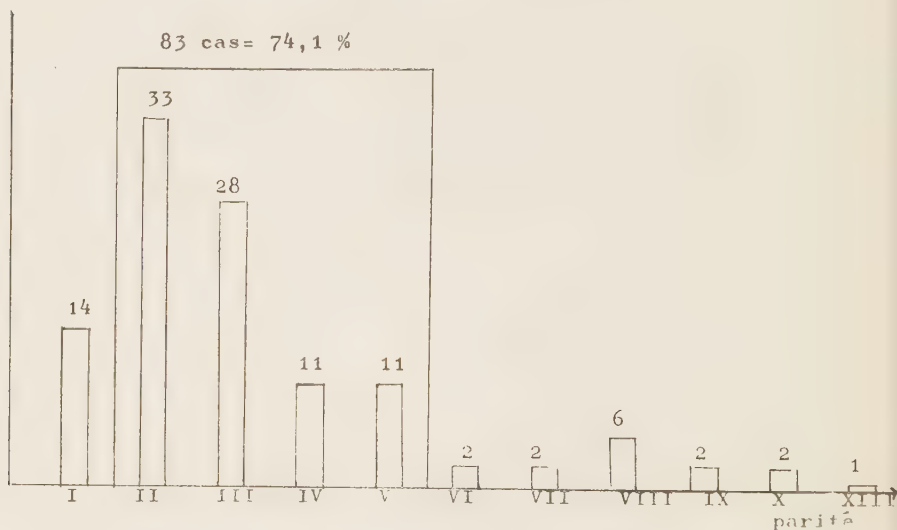
Nos observations se répartissent ainsi :

* 14 primipares soit 12,5 %

* 98 multipares soit 87,5 %

Le tableau suivant montre la répartition du placenta prævia en fonction de la parité :

Nombre de
placenta
prævia



Il apparaît nettement que le placenta prævia survient avec une fréquence maximum dans le groupe des II, III, IV, V^e pare puisqu'on relève 89 cas soit 74,1 %.

— L'AGE

L'âge maternel n'est pas, à notre avis, un facteur à considérer car il paraît évident que pour un âge donné le nombre de grossesses est éminemment variable. Nous relevons cependant :

- * 6 observations entre 15 et 20 ans (2 primipares avaient 17 ans)
- * 53 observations entre 20 et 30 ans
- * 43 observations entre 30 et 40 ans
- * 10 observations entre 40 et 45 ans

La plus âgée est une VIII^e pare de 45 ans.

— LES ANTECEDENTS

L'étude des antécédents obstétricaux et gynécologiques est particulièrement intéressante.

— *Les antécédents d'avortements.*

Ils représentent le facteur favorisant le plus fréquemment retrouvé.

LEPAGE rapporte 42,9 % d'avortements

CHOSSON	{	en rapportent 31 %
RUF		

et GROSIEUX 18,7 %.

Dans nos 112 observations 21 femmes ont présenté un ou plusieurs avortements traités par curetage soit 18,7 %. Cet accident était isolé 12 fois ; dans 9 observations il était répété et avait obligé à 2 curetages chez 4 femmes, et 3 curetages chez 5 autres femmes.

— *D'autres facteurs* sont retrouvés dans nos observations, mais il est bien difficile de faire une relation de cause à effet.

Ainsi nous retrouvons :

- * 4 césariennes antérieures ; l'indication était : 2 fois un bassin limite

1 fois un placenta prævia

1 fois une anomalie de dilation

Dans les suites de ces césariennes aucun phénomène infectieux n'a été décelé.

* 3 récurrences de placenta prævia dont un qui avait nécessité une césarienne.

* 1 complication du post partum : il s'agissait d'une infection génitale sévère.

* Les manœuvres intra-utérines ne sont retrouvées que 3 fois ; il s'agissait de 3 révisions utérines.

* 1 grossesse gémellaire.

* 3 fois ont été notés au cours de l'intervention césarienne des myomes siégeant sur le segment inférieur, et 1 fois une ébauche de bifidité utérine.

* 1 stérilet.

* 1 myomectomie.

— *AU TOTAL :*

des antécédents gynécologiques et obstétricaux sont retrouvés dans 34,8 % des cas. Deux facteurs dominant par leur fréquence : la multiparité ; les antécédents d'avortements.

LES PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES

LES PROBLEMES DIAGNOSTIQUES

Lorsqu'une femme saigne dans les trois derniers mois de la grossesse, en l'absence d'étiologie évidente, un diagnostic doit être évoqué d'emblée : *le placenta prævia*, en raison des risques imprévisibles et graves de son évolution. Du fait de cette insertion basse, des complications peuvent en effet survenir :

— Rupture des membranes avec accouchement prématuré.

— Décollement plus ou moins important du placenta pouvant entraîner une hémorragie massive qui nécessitera des mesures thérapeutiques immédiates.

— Procidence du cordon.

Et ces complications peuvent être fatales pour la mère et surtout pour l'enfant.

Pour mettre la femme et l'enfant à l'abri de tels accidents, une seule solution est souhaitable : *l'hospitalisation dans un centre obstétrico-chirurgical*.

D'autre part, nous savons que le placenta prævia ne résume pas à lui seul l'étiologie des hémorragies du 3^e trimestre. Imposer une hospitalisation à ces femmes qui saignent alors qu'il n'y a pas d'insertion basse du placenta, devient une solution abusive.

Pour imposer une telle mesure qui n'est pas sans soulever des problèmes médicaux et sociaux, il est indispensable d'avoir un diagnostic de certitude.

Actuellement, plusieurs techniques permettent avec une précision satisfaisante, et sans risque maternel et fœtal le diagnostic de l'insertion basse du placenta.

Si ce diagnostic se pose essentiellement au cours du 3^e trimestre de la grossesse, parfois on peut être amené à l'évoquer au cours des 6 premiers mois. Le diagnostic est alors d'une autre difficulté, et pour cette raison, il nous a paru intéressant d'isoler :

— les métrorragies du 3^e trimestre, révélatrices d'insertion basse ;

-- et les formes hémorragiques plus précoces.

LES METRORRAGIES DU 3^e TRIMESTRE

Les métrorragies révélatrices d'une insertion basse du placenta, surviennent avec un maximum de fréquence au cours du troisième trimestre de la gestation.

Sur nos 112 observations, nous en relevons 102 au cours de cette période, soit dans 91 % des cas. Ces métrorragies sont apparues aux dates suivantes :

- 27 entre la 29^e et la 32^e semaine (26,5 %)
- 52 entre la 33^e et la 36^e semaine (50,9 %)
- 23 au-delà de la 36^e semaine (22,5 %).

Nous considérons que la durée de la gestation est de 40 semaines à partir du premier jour des dernières règles.

Le diagnostic de placenta prævia pendant cette période présente des difficultés extrêmement variables. Et il nous semble logique sur le plan pratique de distinguer deux grands cadres :

1. les hémorragies révélatrices coïncidant avec le début du travail d'accouchement,
2. les hémorragies isolées qui surviennent au cours de l'évolution de la grossesse.

1. Les hémorragies révélatrices coïncidant avec le début du travail d'accouchement.

Le diagnostic d'insertion basse fut posé dans de telles circonstances dans 56 de nos observations (50 %) :

- 9 entre la 29^e et la 32^e semaine
- 30 entre la 33^e et la 36^e semaine
- 17 au-delà de la 36^e semaine.

Les hémorragies dominant incontestablement le tableau clinique. Classiquement elles sont décrites comme se reproduisant à chaque contraction et s'intensifiant à mesure que le travail progresse. En fait, elles inquiètent par leur présence presque continue et surtout par leur abondance anormale au cours du travail d'accouchement.

Le Diagnostic

1° Le diagnostic d'insertion basse est habituellement très facile sur les données du seul examen clinique.

Le toucher vaginal permet de percevoir à travers de nombreux caillots de sang, le placenta :

— dans les variétés totalement recouvrantes, le col est obstrué par la masse molle, rénitente, irrégulière.

— dans les variétés marginales, on perçoit, au pourtour de l'orifice cervical, le bord placentaire et les membranes souvent épaissies, rugueuses, qui peuvent porter à confusion avec le placenta.

En pratique, ce diagnostic ne peut être porté qu'au cours de l'évolution du travail, car la perception de la masse placentaire ou du seul bord placentaire n'est possible qu'à un certain degré de dilatation du col. Aussi, au tout début du travail où le col reste encore peu perméable, les hésitations diagnostiques sont fréquentes : s'agit-il d'une simple menace d'accouchement prématuré, ou d'un placenta prævia que l'on ne peut définir ? Ce diagnostic est d'autant plus important que l'on est plus loin du terme, car des mesures thérapeutiques opposées sont à envisager.

2° Ces métrorragies du travail peuvent faire discuter d'autres pathologies.

● Deux diagnostics sont classiques à la rupture des membranes, mais à vrai dire exceptionnels :

— le mélaena intra-utérin qui colore uniformément le liquide amniotique. Le pronostic est presque régulièrement favorable ;

— la rupture d'un vaisseau du cordon cheminant sur les membranes, décrite par BENCKISER, qui comporte à l'opposé un pronostic fœtal redoutable.

● On peut discuter également *LA RUPTURE UTERINE* en raison des hémorragies et du choc. Cet accident est particulièrement à craindre lorsque l'utérus est cicatriciel.

● Un diagnostic plus fréquent est représenté par *L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE*. Mais il se présente tout différemment. L'hémorragie est peu abondante, de sang noir. Elle s'accompagne de douleurs abdominales brutales et intenses. L'utérus est « de bois ». La mort fœtale est habituelle et il n'est pas rare de trouver des symptômes de dysgravidie.

Mais ce diagnostic devient difficile car l'association placenta prævia - hématome rétroplacentaire n'est pas exceptionnelle. Nous avons rencontré cette association dans trois observations.

Observations N° 1. Madame L., 24 ans est hospitalisée d'urgence à 7 mois de grossesse pour hémorragies abondantes avec collapsus. L'examen clinique montre : une hauteur utérine à 31 cm, un utérus tendu, l'absence de bruits du cœur, au T.V. un placenta marginal droit. Une réanimation intensive est mise en route, car s'installe très rapidement un trouble de la coagulation. Une césarienne est décidée après correction du collapsus et de

l'hypocoagulabilité. La césarienne permet d'extraire un enfant mort et de constater un hématome rétroplacentaire associé à l'insertion basse.

Observation N° 2. Madame L., II^e pare est hospitalisée pour des métrorragies à 8 mois de grossesse. La T.A. est à 10/6. Il n'y a ni œdèmes, ni albuminurie. La hauteur utérine est de 25 cm, il n'y a pas de bruits du cœur. L'utérus est anormalement tonique. Au toucher vaginal, on perçoit une présentation céphalique à travers une dilatation de 3 cm. On pose alors le diagnostic d'hématome rétroplacentaire. Rupture artificielle de la poche des eaux. Les hémorragies persistent pendant toute la durée du travail nécessitant une réanimation (1 litre de sang). Accouchement d'un enfant mort. A l'examen du placenta, on constate un placenta prævia latéral (petit côté inférieur à 3 cm) associé à un hématome rétroplacentaire.

Observation N° 3. Madame Vi., est hospitalisée depuis 6 semaines dans le service pour placenta prævia marginal, confirmé par la placentographie isotopique. Elle entre alors en travail. L'examen montre une hauteur utérine à 33 cm, un utérus dur qui se relâche très mal. Au toucher vaginal, on perçoit un placenta marginal gauche et une présentation céphalique. Les bruits du cœur sont sourds et lointains. On suspecte un hématome rétroplacentaire. La césarienne est décidée. On extrait un enfant de 2 kg 400 qui vivra après réanimation. On constate un volumineux hématome rétroplacentaire.

Si le diagnostic de placenta prævia a été facile dans les observations 1 et 3, par contre, celui de l'hématome rétroplacentaire associé s'est montré plus délicat car la symptomatologie est souvent frustrée. L'absence de bruits du cœur est un élément de valeur mais inconstant (observation 3). L'utérus est volontiers tendu mais il atteint

rarement l'intensité de l'utérus « de bois ». C'est finalement des signes de suspicion qui amènent à ce diagnostic et dictent la conduite thérapeutique.

Par contre, dans l'observation N° 2, le premier diagnostic posé, fut celui d'hématome rétroplacentaire. Et ce n'est qu'à postériori, lors de l'examen du placenta, que l'on précisa l'insertion basse. Seules les hémorragies plus abondantes auraient pu permettre d'évoquer le placenta prævia.

Ce diagnostic, placenta prævia - hématome rétroplacentaire, rare mais non exceptionnel, demande à être évoqué car la césarienne est d'autant plus indiquée que l'enfant est vivant et mature.

Au total : Dans la moitié de nos observations, le tableau révélateur d'une insertion basse du placenta, associait un début de travail et des hémorragies anormales par leur durée et leur abondance.

— Le diagnostic de placenta prævia fut aisé dans la très grande majorité des cas sur les seules données cliniques.

— Ce tableau a par contre, fait évoquer dans quelques observations la menace d'accouchement prématuré. Mais très rapidement avec l'évolution du travail le diagnostic d'insertion basse fut posé.

— Une seule fois, ces symptômes évoquèrent un hématome rétroplacentaire. Le placenta prævia ne fut reconnu qu'à postériori.

— Deux fois, l'hématome rétroplacentaire associé fut suspecté. Il fut confirmé par l'examen du placenta.

2. *Les hémorragies isolées qui surviennent au cours de l'évolution de la grossesse.*

Dans 46 observations (45 %) l'hémorragie a représenté le seul symptôme d'alarme. Le diagnostic de placenta prævia devient ici beaucoup plus délicat, car il manque dans la plupart des cas, le seul signe qui permettrait d'être affirmatif : la perception de la masse placentaire à travers un col suffisamment perméable.

Le diagnostic va reposer sur « *des signes de possibilités* ».

1° Il faut insister avec HENRION sur *l'importance de l'interrogatoire* qui peut révéler « l'existence d'une triade très évocatrice » :

— la multiparité. Nous l'avons retrouvée dans 87,5 % des cas.

— les antécédents d'avortements 18,7 %.

— des métrorragies dans les premiers mois de la grossesse. En reprenant tous nos dossiers, nous avons relevé l'existence de celles-ci dans 25 observations (22,3 %).

Ces trois éléments apparaissent particulièrement précieux pour le diagnostic.

2° *Les caractères de l'hémorragie* doivent être également notés avec beaucoup de précision. Classiquement elles sont de sang pur, indolores, inopinées, récidivantes. En fait, les hémorragies les plus variées peuvent se rencontrer et il n'est pas rare de constater un certain état de tension utérine, voire déjà quelques contractions utérines.

3° On notera par l'examen clinique et éventuellement par une radiographie le type de présentation. L'insertion

basse peut en effet être responsable d'anomalies de présentation. Nous relevons dans nos 112 observations :

— 72 présentations céphaliques dont 11 particulièrement excentrées, filant dans une des fosses iliaques.

— 16 présentations du siège (14,2 %).

— 25 présentations transverses (22,3 %).

Ces anomalies de présentation, bien que fréquentes n'ont cependant qu'une valeur toute relative.

4° *Le toucher vaginal* ne donne que des impressions :

— un col qui paraît dévié, excentré par suite de l'asymétrie d'étirement du segment inférieur.

— une sensation de matelas interposé entre le doigt et la présentation.

Cet examen doit toujours être fait avec beaucoup de *prudence*, chaque fois que l'insertion basse est suspectée. En effet, dans deux observations, un examen clinique un peu appuyé a déclenché une hémorragie massive. L'intervention immédiate fut nécessaire.

Tous ces éléments, lorsqu'ils sont réunis, ne permettent qu'un diagnostic très probable, mais en aucun cas n'apportent la certitude. Et pourtant, il est important de distinguer les cas où il s'agit d'une insertion basse qui fait peser des risques considérables, de ceux où il s'agit d'une menace d'accouchement prématuré ou d'une affection bénigne.

Avant l'apparition des techniques modernes de localisation placentaire, la solution proposée dans le doute, était l'hospitalisation prolongée jusqu'à l'accouchement (CHAUDRON). Cette hospitalisation s'est révélée injustifiée, car, dans la moitié des cas, les hémorragies n'étaient pas en rapport avec une insertion basse. De

plus, elle créait des difficultés sociales pour ces femmes qui étaient souvent des multipares.

Depuis 1969, à la clinique gynécologique et obstétricale, nous disposons de deux moyens de localisation du placenta :

- le repérage ultrasonique,
- le repérage isotopique.

1. LES ULTRASONS

Il existe actuellement deux techniques fondées sur des applications différentes des ultrasons :

- l'échographie ultrasonique uni et bidimensionnelle.
- l'effet Doppler appliqué aux ultrasons.

a) L'échographie ultrasonique paraît extrêmement intéressante et donne des résultats plus que satisfaisants dans la localisation du placenta. La précision est de l'ordre de 94 % pour DONALD et CAMPBELL, et de 97 % pour GOTTESFELD en échographie bidimensionnelle, de 97,4 % pour KRATOCHWIL en échographie unidimensionnelle.

En outre, elle permet de délimiter avec une précision rigoureuse, les contours des bords placentaires. Cette technique n'est pas encore rentrée dans notre pratique.

b) Par contre, nous avons utilisé *l'effet DOPPLER*.

Le principe de l'effet DOPPLER, appliqué aux ultrasons, repose sur les variations de la fréquence des ondes ultrasoniques lorsqu'elles rencontrent des corps en mouvement, en l'occurrence le courant dans les vaisseaux sanguins au niveau du placenta, organe très riche-

ment vascularisé. Ces ondes ultrasoniques sont émises par une sonde contenant un cristal pyzo-électrique, puis captées par cette même sonde et transformées en signaux acoustiques.

L'appareil utilisé est le « Doptone ».

Les sons obtenus demandent à être analysés. Le son placentaire est extrêmement complexe. Il est fait du son du cordon auquel se superpose un son irrégulier, modulé, sorte de souffle rude de fréquence et d'intensité plus basses, évoquant un « vent de tempête » (BISHOP).

L'utilisation de cet appareil nous a permis d'obtenir une précision de l'ordre de 70 %. Sur les 21 localisations, comparées aux résultats de la placentographie isotopique, il y eut dans six observations une discordance. Bien qu'imprécis, cet appareil rend tout de même quelques services car il peut être utilisé au lit du malade, en urgence, à plusieurs reprises.

2. LA PLACENTOGRAPHIE ISOTOPIQUE

Grâce au laboratoire des radio-isotopes de la faculté, nous disposons depuis 1969 d'une méthode isotopique de localisation placentaire. La technique, les indications et les résultats de cette méthode ont été rapportés dans un travail très récent (DESSERRE).

Technique

L'INDIUM 113 m a été retenu comme traceur radio-actif, compte tenu de ses propriétés physiques :

- courte période physique de 1,7 heure
- rayonnement γ de 0,392 Mev.
- absence de rayonnement β

La fixation placentaire a été enregistrée par une caméra à scintillation. Pour préciser la position du col utérin qui parfois est ascensionné en haut et en arrière, se projetant alors au-dessus de la symphyse pubienne, l'auteur propose un repérage isotopique du col par une source radioactive maintenue par un diaphragme. Ce repérage semble utile dans les cas litigieux pour préciser la localisation exacte du placenta.

Résultats

De 1969 à 1971, nous avons relevé 43 cas d'insertion basse du placenta avec hémorragies. La localisation isotopique a été demandée dans 21 observations. Celle-ci ne fut pas réalisable dans les autres cas, car le tableau clinique imposait une mesure thérapeutique immédiate.

La localisation isotopique a, en fait, été demandée dans 42 observations de métrorragies :

— elle a permis d'éliminer l'insertion basse dans 22 observations.

— l'insertion basse s'est trouvée vérifiée dans 21 autres observations. Il s'agissait de 13 placentas marginaux et de 8 placentas centraux, à développement antérieur ou postérieur.

Deux localisations du placenta sont particulièrement intéressantes à préciser : le placenta à développement antérieur et le placenta recouvrant.

La localisation antérieure :

Le développement du placenta sur la face antérieure du segment inférieur peut rendre difficile l'extraction de l'enfant lors d'une intervention césarienne. Et l'effraction du placenta, souvent inévitable, déclenche des phénomènes hémorragiques impressionnants et lourds de conséquences pour l'enfant.

La localisation recouvrante

Cette localisation est également responsable d'hémorragies souvent cataclysmiques et elle représente actuellement une indication formelle de la césarienne.

En dépistant ces insertions centrales ou antérieures, il devient possible d'établir une véritable prophylaxie des hémorragies contemporaines du début du travail, et d'intervenir ainsi dans de meilleures conditions.

La placentographie isotopique s'est révélée être un examen *très précis*. En effet la confrontation avec la localisation exacte, contrôlée soit lors d'une césarienne, soit par révision utérine ou encore par la mesure du petit côté du sac membraneux, n'a fait apparaître que trois erreurs dans l'appréciation du siège exact. Jusqu'à ce jour, la placentographie isotopique ne nous a jamais fait méconnaître une insertion basse du placenta.

Cet examen se montre ainsi particulièrement précieux par sa précision et les renseignements qu'il apporte permettent de porter, avec certitude, le diagnostic d'insertion basse du placenta au cours du troisième trimestre de la grossesse.

LES METRORRAGIES PRECOCES

Classiquement le placenta prævia se révèle au cours du troisième trimestre de la gestation. En fait, il n'est pas rare que les premières manifestations hémorragiques apparaissent plus précocement, c'est-à-dire avant le 7^e mois. De nombreux auteurs dont MAYER, LEPAGE ont insisté sur cette notion. Nous-mêmes, retrouvons 25 observations de métrorragies précoces, soit 22,3 %.

Ces métrorragies se répartissent ainsi :

— 8 ont saigné pendant les 3 premiers mois, et il est probable qu'à cette époque un certain nombre d'avortements sont des placentas prævia qui passent inaperçus.

— 17 ont saigné du 4^e au 6^e mois inclus.

LE DIAGNOSTIC

Au cours du premier et du deuxième trimestre de la grossesse, il ne fait pas de doute que des métrorragies peuvent révéler une insertion basse du placenta. Le diagnostic demeure extrêmement difficile car, à cet âge de la grossesse, on évoque d'abord une autre cause de saignement.

C'est ainsi que dans nos observations :

— 3 cas furent traités comme des menaces d'accouchement prématuré.

— dans une autre observation, un cerclage fut pratiqué.

— enfin dans 4 cas, le diagnostic posé fut celui de menace d'avortement.

Cependant, la clinique et les renseignements apportés par la localisation isotopique peuvent faire évoquer ce diagnostic.

LA CLINIQUE

Un examen au speculum permet d'éliminer une hémorragie d'origine cervicale.

La persistance ou la répétition des hémorragies représentent le signe le plus évocateur d'une insertion basse du placenta. Ces hémorragies sont volontiers peu abondantes, récidivantes malgré les traitements hormonaux prescrits systématiquement.

Des contractions utérines associées ne sont pas rares et PIANA insiste sur « l'inefficacité de ces contractions sur le col, qui reste long et rigide, ce qui devrait faire soupçonner l'existence d'un obstacle permanent à la dilatation cervicale ».

LA PLACENTOGRAPHIE ISOTOPIQUE

Cet examen conserve sa valeur de localisation du placenta au cours des deux premiers trimestres de la grossesse. Mais deux réserves s'imposent

1. L'innocuité absolue de cette méthode n'est pas prouvée, bien que théoriquement, l'irradiation fœtale soit moins élevée que celle entraînée par les différentes techniques radiologiques. Rappelons que l'irradiation

foétale est en moyenne de 0,03 r à 0,15 r pour une radiographie simple du contenu utérin ; de 0,25 r à 0,40 r pour une placentographie avec filtres appropriés ; de 1 r à 3 r pour une radio-pelvimétrie ; de 8 millirads par microcurie pour L'INDIUM 113 M.

Malgré cette irradiation foétale très minime, nous hésitons à demander cet examen avant le 5^e, 6^e mois de grossesse.

2. D'autre part, les renseignements apportés à cette époque n'ont pas de caractères définitifs. En effet, le segment inférieur sur lequel s'insère le placenta, dit *prævia*, n'est pas individualisé et des modifications vont se produire entre le moment de l'examen et la fin de la grossesse. Pour cette raison, la placentographie isotopique nous a fait porter, à tort, deux fois, le diagnostic de placenta *prævia* marginal. Les grossesses ont évolué normalement jusqu'à terme. L'examen du sac membraneux a infirmé dans les deux observations le diagnostic d'insertion basse.

Cependant, trois fois le diagnostic fut exact, à 26-27 et 29 semaines. Il s'agissait de deux placentas recouvrants partiels et d'un placenta recouvrant total. Ces trois malades furent mises en observation respectivement 6 semaines et deux fois 8 semaines.

En conclusion, les métrorragies précoces doivent faire évoquer l'insertion basse du placenta. Le caractère des hémorragies, les données de la placentographie isotopique représentent les principaux éléments de ce diagnostic. Mais cet examen devra être utilisé avec prudence et interprété avec esprit critique.

EN CONCLUSION

1. La placentographie isotopique a transformé le problème diagnostique que posent les métrorragies du troisième trimestre de la gestation :

a) Elle élimine les métrorragies qui ne relèvent pas d'une insertion basse et évite ainsi des hospitalisations inutiles.

b) Elle permet un diagnostic de certitude avec une précision de l'ordre de 95 %.

c) Elle localise le siège de l'insertion basse et permet de prévenir les risques hémorragiques d'une insertion centrale ou antérieure.

Cet examen doit trouver sa place dans la recherche étiologique des métrorragies des deux premiers trimestres de la grossesse. Mais son innocuité totale incertaine, et le caractère non définitif des renseignements en limitent tout de même son emploi.

2. Possédant un moyen de diagnostic précis, il devient dès lors possible d'imposer aux seules femmes qui ont une insertion basse une hospitalisation, souvent prolongée, en milieu obstétrico-chirurgical.

3. En raison de sa simplicité, de son innocuité, de sa précision, la placentographie isotopique est pratiquement devenue pour nous *un examen de routine* que nous demandons chaque fois que nous nous trouvons en présence de métrorragies inexpliquées dès le 6^e mois de grossesse.

Cette attitude nous permet, semble-t-il, de porter le diagnostic d'insertion basse de façon *plus précoce*.

— Avant 1969, nous avons retrouvé 69 observations de placenta prævia hémorragique. 54 (78 %) se sont présentés avec un tableau tel qu'une solution immédiate s'imposait, 16 d'entre eux s'étaient déjà manifestés par des métrorragies qui n'avaient pas été rapportées à leur véritable étiologie. 15 (21,8 %) ont été suspectés sur les données cliniques en dehors de toute urgence thérapeutique.

— Entre 1969 et 1971, 43 cas de placenta prævia ont été enregistrés. 22 (51,1 %) ont reçu une solution obstétricale immédiate ; 21 (49,9 %) soit la moitié des cas ont été diagnostiqués avant la période des complications grâce au repérage isotopique.

PERIODE	1960 - 1968	1969 - 1971
Placenta prævia avec traitement immédiat	54 78,2 %	22 51,1 %
Placenta prævia en dehors de l'urgence	15 21,8 %	21 49,9 %
TOTAL	69	43

A la lumière de ces quelques chiffres, il nous semble que la placentographie a augmenté de façon significative le pourcentage de placenta prævia diagnostiqué en dehors de l'urgence, en permettant un diagnostic plus précoce.

Une telle attitude permet d'envisager :

- un traitement médical conservateur en milieu obstétrical,
- une solution définitive dans de bonnes conditions,
- et, peut-être, une amélioration du pronostic fœtal.

TRAITEMENT

Le traitement du placenta prævia a, de tous temps, posé des problèmes délicats aux médecins accoucheurs.

L'ARRET DES HÉMORRAGIES a représenté jusqu'à ces dernières années, le problème majeur.

Successivement, plusieurs méthodes ont été tentées :

— Aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles, la seule méthode préconisée par Ambroise PARÉ est l'accouchement forcé qui comporte : version, dilatation prudente du col et extraction de l'enfant.

— MAURICEAU attribue la cause des hémorragies survenant pendant le travail aux tiraillements exercés par les membranes sur le placenta inséré bas ; il recommande leur rupture large. PUZOS (1759) reprend cette technique et lui donne son nom.

— Plus tard LEROUX (1776) préconise le tamponnement vaginal.

— BRAXTON HICKS (1864) propose de tourner le fœtus par manœuvre mixte pour l'asseoir sur le placenta pour assurer une compression hémostatique. A la même époque SIMPSON pratique le décollement complet du placenta.

— En 1888, CHAMPETIER DE RIBES propose la compression hémostatique par un ballon intra-utérin. C'est à cette époque qu'apparaissent les premières tentatives d'hystérotomie abdominale. Mais les résultats sont désastreux.

Rapidement, des succès sont publiés : à l'étranger, puis en France par BRINDEAU (1921), COUVELAIRE, JEANNIN PORTES. La césarienne acquiert ainsi droit de cité dans le traitement du placenta prævia.

— Par la suite les progrès de l'anesthésie réanimation, l'apparition des antibiotiques et des transfusions vont transformer complètement le pronostic de cette intervention.

Aujourd'hui, les hémorragies parfois cataclysmiques déclenchées par une insertion basse du placenta ne représentent plus un problème majeur.

— L'accouchement rapide par voie basse avec rupture artificielle de la poche des eaux

— et la césarienne

— entourés d'une réanimation efficace et d'une anesthésie adaptée

— permettent de réduire voire même d'éviter dans la majorité des cas les conséquences parfois graves de ces hémorragies.

EVITER L'INTERRUPTION PREMATUREE DE LA GROSSESSE est un deuxième sujet de préoccupation.

Le placenta prævia est en effet responsable d'un nombre important d'accouchements prématurés. Dans notre statistique, l'accouchement a eu lieu, dans 81 observations, avant 36 semaines, soit dans 72,3 % des cas. Et cette prématurité, comme nous le verrons, est particulièrement néfaste pour l'enfant.

Il devient donc essentiel de tenter de prolonger ces grossesses avec placenta prævia pour améliorer le pronostic fœtal.

ACTUELLEMENT

Le traitement du placenta prævia hémorragique doit être guidé par deux objectifs :

- d'une part arrêter l'hémorragie :
 - * soit par un traitement médical conservateur,
 - * soit par une interruption immédiate de cette grossesse qui est responsable du saignement et qui peut mettre la vie de la mère en danger si elle se prolonge.
- d'autre part obtenir un enfant vivant et mature en prolongeant la grossesse.

Ces deux objectifs sont malheureusement souvent difficilement conciliables, malgré les moyens mis à notre disposition.

Nous allons préciser successivement :

- 1° La place et la fréquence du traitement médical conservateur.
- 2° Les modalités et les circonstances de
 - l'accouchement par voie basse
 - et de la césarienne.

Puis nous tenterons de dégager notre attitude thérapeutique générale en présence d'un placenta prævia hémorragique.

LE TRAITEMENT MEDICAL CONSERVATEUR

Le Traitement Conservateur répond au souci de prolonger la grossesse. Et il doit être instauré chaque fois que l'accouchement immédiat représente un danger pour la survie de l'enfant.

1° *Ce traitement se propose PLUSIEURS BUTS :*

— *Essentiellement :*

* retarder l'interruption de la grossesse et donc garder le fœtus le plus longtemps possible, tout au moins jusqu'à viabilité, dans l'utérus, seul milieu propice à sa maturation.

— *Parallèlement :*

* éviter le saignement

* et corriger les conséquences de ce saignement à savoir : *l'anémie maternelle.*

2° *Il doit comporter plusieurs mesures.*

LE REPOS

C'est pour nous l'élément essentiel. Il doit être absolu en période hémorragique et s'effectuera toujours en milieu obstétrico-chirurgical sous surveillance, jusqu'au début du travail ou jusqu'à l'arrêt de la gestation.

LES MÉDICATIONS UTÉRO-SÉDATIVES

Elles assureront le repos utérin en prévenant ou en bloquant des contractions utérines débutantes. Les produits utilisés sont très variés et leur indication respective est fonction du degré de tonicité du muscle utérin.

Habituellement nous faisons appel à des anti-spasmodiques de synthèse :

- * Bromure de N-butyl-hyoscine (Buscopan)
- * Dipropyline (Spasmaverine)
- * Diazepam (Valium)

pour maintenir un repos utérin de base.

Si des contractions utérines apparaissent, nous préférons recourir à la progestérone à forte dose et surtout à l'Isoxuprine (Duvadilan) et plus récemment au Naftridrofuril (Praxilène) en perfusion. Ces deux derniers produits se sont montrés particulièrement efficaces dans trois observations.

LES MÉDICATIONS ANTI-ANÉMIQUES

Elles luttent contre l'anémie maternelle qui s'installe progressivement et dont le dépistage est effectué régulièrement par des numérations formules répétées.

Il est indispensable de corriger cette anémie car on maintient ainsi une malade prête à subir à tout moment une augmentation brutale de son hémorragie ou une intervention d'urgence dans de bonnes conditions.

Suivant le degré d'anémie, nous avons recours :

- * soit à la thérapeutique martiale,
- * soit aux transfusions de sang compatible.

LES MASSAGES ET LA MOBILISATION

Ils seront pratiqués au lit de la malade et éviteront la stase sanguine chez ces femmes au repos absolu et qui sont des candidates aux phlébites du post-partum.

3° *La surveillance*

Les femmes hospitalisées seront soumises à une surveillance rigoureuse. On s'attachera à préciser l'importance des hémorragies, leur retentissement par la courbe de pouls, de tension artérielle, par des numérations globulaires avec hématocrite et taux d'hémoglobine.

Rappelons que les examens vaginaux doivent être très espacés et particulièrement prudents.

La surveillance précisera également le développement fœtal, et recherchera l'apparition d'une souffrance. Les mesures de la hauteur utérine, l'enregistrement des bruits du cœur, les dosages hormonaux seront les principaux éléments de cette surveillance.

4° *Indications et résultats*

Le traitement médical conservateur ne peut être instauré qu'en présence d'un placenta prævia avec hémorragie isolée peu importante, donc sans retentissement maternel ou fœtal, et survenant avant la 38^e semaine.

Dans le tableau ci-dessous sont consignés le nombre d'observations où la thérapeutique a pu être appliquée et le nombre de semaines gagnées.

DUREE	1 sem.	2 sem.	3 sem.	4 sem.	+ 4 sem.	TOTAL
Nombre de cas	9	11	4	1	10	35

35 malades ont pu bénéficier d'un traitement médical conservateur. Et si l'on considère les seuls placentas prævia qui peuvent bénéficier de ce traitement, c'est-à-dire les formes hémorragiques isolées (50 observations) on constate que ce traitement médical s'est montré efficace dans un fort pourcentage de cas : 70 %.

Il nous a paru intéressant également de comparer la fréquence du traitement médical avant les isotopes et depuis que nous en disposons.

DUREE	1 sem.	2 sem.	3 sem.	4 sem.	+ 4 sem.	Total	Nbre de placenta prævia	% de traite- ment
AVANT les isotopes	4	6	1	1	3	15	69	21,4 %
DEPUIS les isotopes	5	5	3	0	7	20	43	48,8 %

Nous constatons en examinant le tableau ci-dessus que :

* pendant la première période sur 69 placentas prævia, 15 purent bénéficier d'un traitement médical soit 21,4 %.

* alors que pendant la deuxième période, 20 malades furent traitées médicalement sur 43, soit 48,8 %.

* il semble également que le traitement médical ait été plus prolongé au cours de cette deuxième période.

Nous pensons que le repérage isotopique permet un diagnostic plus précoce de l'insertion basse du placenta dès les premières métrorragies qui souvent passaient inaperçues ou étaient rapportées à tort à une autre étiologie.

Et c'est cette précocité du diagnostic qui explique, pensons-nous, la plus grande fréquence du traitement médical. Et d'autre part la certitude du diagnostic permet d'imposer ce traitement médical qui sera alors appliqué avec plus de rigueur.

Nous essayerons de savoir, au cours de l'étude du pronostic fœtal, si ce traitement conservateur a pu atteindre le but qu'il se proposait : l'atténuation de la mortalité péri-natale.

L'INTERRUPTION DE LA GESTATION

L'interruption de la gestation s'effectue :

— soit par les voies naturelles

— soit par césariennes.

Sur nos 112 observations d'insertion basse du placenta, l'accouchement par les voies naturelles n'a été possible que dans 32 observations soit 28,5 %.

La césarienne, par contre, fut indiquée dans 80 observations soit dans 71,5 % des cas.

Il nous a paru intéressant de préciser les modalités et les circonstances de nos accouchements par voie basse et de nos césariennes.

A) L'ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES

— *Fréquence* : dans notre statistique, 32 observations de placenta prævia hémorragiques se sont terminées par un accouchement par les voies naturelles soit dans 28,5 % des cas.

— *Date* : la date de l'accouchement est résumée dans le tableau ci-dessous :

DATE	29 sem.	29-32 sem.	33-36 sem.	36 sem.
Nombre d'accouchements	3	8	14	7

— *Les modalités de l'accouchement* :

● Dans notre série, l'accouchement fut *spontané* 19 fois. La rupture des membranes s'est effectuée spontanément.

● Dans 29 autres observations des phénomènes hémorragiques plus importants ont nécessité une *rupture artificielle de la poche des eaux*.

Cette rupture est un geste essentiel qui supprime le tiraillement des membranes sur le placenta lors des contractions utérines et atténue ainsi les phénomènes hémorragiques.

Ce geste s'est montré rapidement efficace dans 13 observations, permettant une atténuation des phénomènes hémorragiques et un accouchement rapide par les voies naturelles.

Par contre, dans 14 autres observations, cette rupture artificielle de la poche des eaux n'a pas amené d'améliorations cliniques. Aucune issue rapide ne pouvait être envisagée par voie basse : la solution fut chirurgicale.

Dans deux autres observations, la rupture de la poche des eaux fut suivie d'une procidence du cordon. Il y eut un décès fœtal, malgré l'intervention césarienne. Cette grave complication souligne la prudence avec laquelle doit être effectuée la rupture de la poche des eaux, au cours du placenta prævia.

● Des manœuvres plus complexes et traumatisantes ont été pratiquées dans 3 observations. Il s'agissait de trois grandes extractions du siège qui ont été associées :

* 1 fois à une version par manœuvre interne,

* 1 fois à une manœuvre de Simpson.

Il faut souligner que ces manœuvres n'ont été exécutées

que pour des fœtus d'une prématurité extrême (27 semaines et 28 semaines).

* 1 fois le fœtus était mort (36 semaines).

— *La présentation* était :

* 24 fois une présentation céphalique

* 7 fois une présentation du siège

* 1 fois une présentation transverse qui a nécessité une version par manœuvre interne.

— *La surveillance de l'accouchement.*

Cette surveillance est bien entendu indispensable. Elle est à la fois *maternelle* : tension artérielle, pouls, importance de l'hémorragie, et *fœtale* par cardiotocographie externe. La poursuite de la voie basse ne sera acceptée que si le travail se déroule normalement et si les hémorragies restent peu abondantes sans retentissement maternel ou fœtal.

B) LES CESARIENNES

— *Fréquence.*

La césarienne a été le mode de terminaison le plus fréquent pour les grossesses avec placenta prævia.

Elle a été pratiquée dans 80 observations soit dans 71,5 % des cas.

Nous retrouvons dans la plupart des statistiques un pourcentage aussi élevé de césariennes :

— GREEN	81	%
— GANDAR et GRENIER	66,6	%
— GROSIEUX	70,1	%
— DUMONT	79,10	%

Quelques statistiques rapportent des chiffres moins élevés :

— LEPAGE	35,2	%	(1963)
— RIVIÈRE	32	%	(1958)
— BILLIEUX	27	%	(1959)

— *La date de l'intervention* : la date de l'intervention par rapport à l'âge de la grossesse est la suivante :

- 4 avant 29 semaines,
- 12 entre 29 et 32 semaines,
- 40 entre 33 et 36 semaines,
- 24 après 36 semaines.

— *Technique.*

* La voie d'abord a été dans toutes nos observations une médiane sous ombilicale.

* En ce qui concerne l'hystérotomie, l'étude des dossiers montre que :

- + 12 fois fut effectuée une hystérotomie segmentaire transversale.
- + 68 fois l'incision fut verticale :
 - * 29 fois segmentaire pure.
 - * 39 fois segmento-corporéale.

Les incisions segmento-corporéales trouvent leur explication dans la mauvaise ampliation ou même parfois dans l'inexistence du segment inférieur, à l'époque où l'on pratique la césarienne.

Il nous paraît important de souligner deux ordres de difficultés opératoires.

- 17 fois il s'agissait d'un placenta antérieur. Cette insertion gêne l'extraction de l'enfant. Et souvent, du fait de l'effraction du

placenta, on observe des phénomènes hémorragiques importants qui peuvent aggraver ou créer une anémie fœtale.

Certains auteurs (SMITH) ont proposé la césarienne corporéale, d'autres l'incision transversale haute sur le segment inférieur pour éviter le placenta. Si malgré tout on pénètre dans le placenta, il faut entrer rapidement dans la cavité ovulaire, extraire l'enfant et clamper le cordon. Si par chance le cordon se présente le premier, certains ont préconisé de clamper le cordon d'emblée, on éviterait ainsi la perte de sang fœtal par la brèche placentaire. D'autre part, l'insertion antérieure du placenta fragilise le segment inférieur et rend la fermeture de la brèche d'hystérotomie plus délicate.

- 3 fois, le placenta était accreta partiel. Le décollement bien que laborieux et hémorragique fut toujours possible.

Nous n'avons jamais rencontré de placenta accreta étendu dont la seule thérapeutique est l'hystérectomie.

— *Les indications.*

Les indications de nos césariennes au cours du placenta prævia peuvent se répartir schématiquement en trois groupes :

A) *Le placenta recouvrant total.*

Ce type d'insertion représente une *indication formelle* de la césarienne.

Nous l'avons rencontré dans 24 observations soit 30 % de nos indications.

- * 10 fois cette insertion était responsable d'une hémorragie importante avec collapsus.
- * Par contre, dans 8 observations, la césarienne a pu être pratiquée dans d'excellentes conditions car le diagnostic d'insertion recouvrante avait été porté sur les données de la placentographie et les malades étaient placées sous surveillance. Ceci souligne l'intérêt d'un diagnostic précoce d'une telle localisation du placenta. Ce diagnostic permet pratiquement une prophylaxie des hémorragies graves particulièrement fréquentes au cours de ces insertions recouvrantes.
- * Dans 6 autres observations, l'indication de la césarienne fut portée d'emblée devant un placenta recouvrant total avec hémorragies de moyenne abondance et début de travail.

B) *Les échecs d'une tentative d'accouchement par voie basse.*

Dans 26 observations une solution obstétricale a été envisagée après rupture spontanée (10 fois) ou rupture artificielle de la poche des eaux (16 fois) qui permettait d'espérer un arrêt des phénomènes hémorragiques et une progression rapide du travail. Chez ces 26 malades, l'échec fut complet et l'indication de césarienne fut posée :

- 2 fois pour procidence du cordon, apparue dès la rupture de la poche des eaux.
- 10 fois en raison de la persistance des hémorragies malgré la rupture de la po-

che des eaux. Cette hémorragie a eu un retentissement maternel, 6 fois, et un retentissement fœtal clinique 4 fois.

- 7 fois, le travail n'a pas progressé malgré les antispasmodiques et les ocytotiques. Dans tous les cas, il s'agissait d'un placenta recouvrant partiel qui avait permis la rupture de la poche des eaux.
- 7 fois, l'indication fut uniquement maternelle. Dans 4 observations, il n'y avait plus de bruits du cœur fœtal ; dans 3 observations, la prématurité était extrême. Raisonnablement aucun espoir n'était permis.

C) *Dans ce troisième groupe de malades, l'indication a été portée d'emblée.*

- * Soit devant une hémorragie importante avec retentissement,
- * Soit du fait d'un autre élément pathologique isolé ou associé.

L'hémorragie importante a été le seul élément permettant de poser une indication opératoire dans 9 cas.

Dans les autres observations, s'associaient au placenta prævia :

- * 1 fois, une procidence du cordon perçue à travers la poche des eaux non rompue.
- * 12 fois une présentation transverse,
- * 3 fois, une présentation du siège,
- * 4 fois, une présentation céphalique excentrée,
- * 1 fois, une suspicion d'hématome rétro-placentaire.

D) *Au total :*

La césarienne représente dans notre statistique le mode le plus fréquent d'interruption de la gestation, au cours du placenta prævia.

Elle a été pratiquée dans la plupart des cas en urgence, immédiate, ou après échec d'une tentative d'accouchement par voie basse.

C — LA REANIMATION ET L'ANESTHESIE

I. — *La réanimation.*

Au cours du placenta prævia, la réanimation tient une place de choix sinon la première place. En effet, elle a transformé complètement le pronostic de cette affection et surtout le pronostic maternel.

Son but essentiel est de corriger et surtout de prévenir un choc hypovolémique que peut déclencher à tout moment une insertion basse du placenta.

Elle s'effectue essentiellement à base de sang iso-groupe. Les vasopresseurs n'ont aucune place dans notre réanimation. Parfois nous faisons appel aux corticoïdes et aux macromolécules mais toujours de façon provisoire.

La quantité de sang transfusée est souvent importante ce qui témoigne de la gravité du placenta prævia.

Quantité de sang	0	500	1 1	1,5 1	21	2,5 1	3 1	+ 3 1
Accouchements par voie basse	12	9 21,5 %	5 15,6 %	6				
Césarienne	0	22 27,5 %	30 37,5 %	6	10	6	5	1

→ 26,2 % ←

Nous constatons sur le tableau ci-dessus :

- * que les transfusions au cours des accouchements par voie basse sont rarement abondantes. C'est d'ailleurs pour nous une des conditions de la poursuite de l'accouchement par voie basse.

- * alors qu'au cours des césariennes, elles atteignent et dépassent 2 litres dans 26,2 % des cas.

A l'origine de ces hémorragies, on retrouve :

- * le placenta recouvrant total
- * le placenta antérieur
- * 2 fois il s'agissait d'une fibrinolyse.

II. — *L'anesthésie.*

L'anesthésie doit s'adapter à deux circonstances particulières créées par le placenta prævia :

- * l'état de choc maternel
- * l'état de l'enfant.

— L'anesthésie doit *tenir compte de l'état de choc maternel*

- * elle doit donc éviter d'aggraver la dépression des mécanismes de compensations du système cardiovasculaire
- * La patiente en état de choc demande moins d'analgésie et d'anesthésie que le sujet normal.
- * Il faut éviter l'hypoventilation.

— L'anesthésie doit également *tenir compte de l'enfant qui est souvent prématuré anémique et anoxique*

- * Il faudra éviter tous les agents susceptibles de déprimer le fœtus et le nouveau-né
- * Et réaliser une induction prudente.

Plus que la technique anesthésique elle-même qui varie avec les auteurs et dont les résultats tant maternels que fœtaux semblent d'ailleurs identiques, ce sont ces principes qui doivent être respectés.

Au cours de cette période 1960-1971, pendant laquelle nous avons étudié les problèmes du placenta prævia, aucun protocole anesthésique n'a été mis en œuvre de façon préférentielle. Nous soulignons, simplement que, après s'être assuré d'un large abord veineux nous intubons de façon systématique ces femmes. Elles sont mises alors sous respiration artificielle et largement oxygénées.

CONCLUSION

NOTRE ATTITUDE THERAPEUTIQUE EN PRESENCE D'UN PLACENTA PRÆVIA

Il est difficile de schématiser notre ligne de conduite en présence d'une insertion basse du placenta, car de nombreux facteurs interviennent.

L'hospitalisation dans un centre obstétrico-chirurgical de toutes les femmes qui présentent une insertion basse du placenta représentent pour nous une règle absolue. C'est, en effet, dans ces centres que pourront être mis en œuvre dans les meilleures conditions un traitement du placenta prævia et une réanimation fœto-maternelle satisfaisante.

I. — AVANT TOUT DÉBUT DE TRAVAIL.

En dehors des observations avec hémorragies importantes où une solution immédiate s'impose, la femme est mise au repos sous surveillance rigoureuse. Les premiers examens préciseront :

- le type d'insertion placentaire,
- le degré d'anémie maternelle,
- l'état du fœtus et sa présentation.

Si le traitement médical conservateur ne se justifie pas pour une grossesse près du terme, par contre, nous

pensons qu'il doit toujours être tenté avant la 38^e semaine. Car l'objectif primordial de ce traitement est d'obtenir un enfant vivant et mature.

Il nous semble que ce traitement ne peut être efficace que si certaines conditions sont réunies :

- col long, fermé ou au moins peu perméable,
- absence de contractions utérines,
- absence de souffrance fœtale et de retentissement maternel.

Le type d'insertion placentaire, et la présentation ne sont en aucun cas des éléments qui s'opposent à ce traitement, par contre, ils interviendront fortement dans la décision définitive.

La durée de ce traitement est fort variable :

- dans la plupart des cas il est interrompu par la survenue imprévue d'hémorragies ou par l'entrée en travail,
- parfois, cependant, ce traitement permet d'atteindre le terme et d'envisager l'interruption de la grossesse dans les meilleures conditions.

II. — AU COURS DU TRAVAIL

Lorsque le travail a commencé d'une manière irréversible et définitive, le seul but du traitement est d'assurer l'hémostase par les voies les plus directes et les plus rapides, sinon on s'expose à voir apparaître des complications maternelles et fœtales.

1 — *La césarienne* est la seule solution en présence

— d'un placenta recouvrant total,

- d'une présentation dystocique associée à l'insertion basse.
- d'une hémorragie abondante avec choc.
- d'une procidence du cordon.

2 — *L'accouchement par voie basse* par contre peut être tenté :

- * si les membranes sont accessibles
- * si la présentation est eutocique
- * si l'hémorragie est au départ peu importante.

— La rupture artificielle de la poche des eaux sera le seul geste à pratiquer. Les médications ocytotiques et antispasmodiques accéléreront le travail.

— Mais la persistance des hémorragies malgré la rupture de la poche des eaux, l'apparition d'une souffrance fœtale et l'absence de progression du travail doivent encore imposer la césarienne.

3 — Si dans ces 2 circonstances notre attitude est précise, par contre dans d'autres cas des hésitations sont permises.

— Une première circonstance où la décision est difficile à prendre est représentée par ces femmes qui ont été hospitalisées et qui malgré le repos continuent à saigner. Faut-il proposer d'attendre au maximum tant que l'état de la mère le permet ou faut-il interrompre cette grossesse ? La réponse est délicate surtout lorsque cette grossesse se situe entre 33 et 36 semaines.

La recherche des hématies fœtales dans les métrorragies comme le propose PALLIEZ serait un examen intéressant ; car leurs découvertes laisseraient craindre un retentissement fœtal et aideraient à la décision. En l'absence de cet examen nous pensons avec VARANGOT et LEPAGE qu'il vaut mieux « interrompre la grossesse et mettre au monde un prématuré sain plutôt qu'un enfant de poids subnormal mais anémique et anoxique », lorsque les hémorragies persistent *malgré le repos*.

— L'indication de la césarienne dans les cas où le fœtus est très prématuré, pratiquement non viable ou même mort in-utéro, représente également une décision difficile.

On se doit de tenter l'accouchement par voie basse chaque fois que celui-ci semble possible. Mais en aucun cas la vie de la mère doit être mise en danger par les phénomènes hémorragiques. Le seul retentissement maternel de ces hémorragies doit imposer une césarienne.

Et nous adoptons en cela les conclusions du rapport de « PAUCOT et REEB » (1933) : « La mort du fœtus ou sa non viabilité ne constitue pas une contre-indication absolue au traitement chirurgical, si la vie de la mère est gravement en danger. Si elle paraît sauvée par une interruption chirurgicale, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser ».

C'est ainsi que dans 7 observations la solution fut chirurgicale après une tentative d'accouchement par voie basse.

Dans 4 cas il n'y avait plus de bruits du cœur fœtaux.

Dans 3 autres la prématurité était extrême. Raisonnablement aucun espoir n'était permis. L'indication de la césarienne fut uniquement maternelle.

LE PRONOSTIC MATERNEL

LA MORTALITE MATERNELLE

Les progrès techniques alliés aux progrès de l'anesthésie réanimation ont permis une atténuation importante du taux de mortalité maternelle.

Pour notre part nous n'avons à déplorer dans notre statistique aucune mort maternelle.

Il est cependant important de souligner que cette mortalité n'est pas totalement éliminée dans les statistiques les plus récentes. PALLIEZ (1970) rapporte une mort maternelle par hémorragie extrêmement abondante en rapport avec un placenta prævia accreta traité par hystérectomie survenue chez une femme, par ailleurs éclamptique (0,7 %). GROSIEUX rapporte également 2 décès survenus après hystérectomie justifiée par la persistance de l'hémorragie après opération césarienne : 1,38 % (1970).

Cette éventualité demande à être encore connue. Et les hémorragies abondantes ne doivent pas être négligées ; car elles sont encore la cause de décès maternels.

LA MORBIDITE

Classiquement le placenta prævia expose la femme à 3 ordres de complications :

- Les hémorragies de la délivrance,
- L'infection des suites de couches,
- Les accidents thromboemboliques.

Ces complications sont devenues actuellement très rares.

I. — Dans notre statistique nous ne relevons *aucune délivrance hémorragique*.

Nous pensons que ces hémorragies peuvent être prévenues hormis celles par placenta accreta ou par troubles de la coagulation par une révision utérine quasi-systématique, complétée par l'administration d'utérotoniques. Nous l'avons pratiquée 18 fois sur 32 accouchements.

De même nous n'avons aucune hémorragie des suites de couche comme il était classique de les observer après césarienne pour placenta prævia.

II. — *Aucun accidents thromboemboliques* n'ont été observés.

Notre attitude dans la prévention de ce type d'accident n'est pas uniforme :

— Chez 47 malades fut prescrit un traitement anticoagulant.

— Chez 10 autres malades « l'hydergine » fut la seule thérapeutique à visée vasculaire.

Le lever précoce, les massages et la mobilisation sont par contre imposés de façon habituelle à toutes nos malades.

III. — *L'infection* : elle n'est retrouvée que dans 3 observations. Celle-ci ne présenta aucun caractère de gravité et une antibiothérapie permit dans les 3 cas une sédation rapide des phénomènes infectieux. Il est probable que la prescription très large d'antibiotiques est à l'origine de cette disparition à peu près totale de l'infection des suites de couche.

IV. — *L'anémie* : l'anémie est par contre d'observation très courante. Chez 31 malades (27,6 %) l'anémie était marquée par un nombre de globules rouges inférieur à 3.500.000.

* 4 étaient constatées après accouchement par voie basse.

* 27 après césarienne.

Dans tous les cas 1 ou 2 transfusions de globules rouges déplasmatisés ont permis de ramener l'hématocrite au-dessus de 35.

V. — *Les troubles de la coagulation* représentent un accident rare mais qui peut être grave pour la mère.

Nous avons observé 2 cas d'hémorragies par troubles de la coagulation.

Observation n° 1

Madame B..., 38 ans, VII^e pare est hospitalisée à 7 mois de grossesse pour début de travail, accompagné d'hémorragies abondantes.

- L'état de choc est marqué par : T/A : 7/5, pâleur importante.
- L'examen obstétrical montre : une hauteur utérine à 27 cm, une présentation pelvienne, l'absence de bruits du cœur.
- Au toucher vaginal le placenta est pratiquement recouvrant, la dilatation à 5 cm.
- Transfusion de 1 litre de sang.
- Accouchement par voie basse sous anesthésie générale : manœuvre de Simpson et grande extraction.
- L'hémorragie reprend 1/2 heure après l'accouchement ; elle est faite de sang rouge *incoagulable*. Des hématomes apparaissent aux points de piqûres. Un état de choc s'installe.
- Le traitement est entrepris après prélèvements pour le laboratoire : 1 litre de sang, 3 flacons de 2,50 gr de fibrinogène, 2 flacons de plasma.
- L'état clinique s'améliore rapidement.
- Les premiers résultats biologiques montrent :
 - Temps de coagulation : infini
 - Fibrinogène : 0,20 gr
 - Taux de prothrombine : 20 %
 - Hématocrite : 15.
- Parallèlement à l'amélioration clinique on constate une normalisation biologique :
 - 1 heure après le fibrinogène est à 1,25 gr

6 heures après, le fibrinogène est à 3 gr
le lendemain le fibrinogène est à 4 gr.

Après quelques troubles méningés sans gravité la
malade sort au 15^e jour en parfait état.

Observation n° 2

Madame L..., 24 ans, II^e pare est hospitalisée d'urgence au 7^e mois de grossesse pour hémorragies abondantes avec tableau de choc : T/A : 4.

— L'examen obstétrical montre :

une hauteur utérine à 31 cm, un utérus tendu, l'absence de bruit du cœur, au toucher vaginal : un placenta marginal droit.

Après une période d'amélioration sous transfusion (1 litre de sang) survient une hématomèse de sang rouge, et apparaissent des hématomes aux points de piqûres. L'hémorragie utérine est plus abondante.

— Mise en route d'un traitement après prélèvement de sang :

1 litre de sang

2,50 gr de fibrinogène

1 plasma concentré

3 millions d'unités d'iniprol

— L'état clinique s'améliore et va permettre une césarienne d'indication maternelle.

— Le traitement est poursuivi : 1 litre de sang, 2 flacons de fibrinogène.

— La césarienne permet d'extraire un enfant mort et de constater un hématome rétroplacentaire associé à l'insertion basse.

— Les premiers résultats biologiques montrent :

temps de coagulation supérieur à 20 mn

afibrinogénémie totale

taux de prothrombine à 18 %.

— 2 heures après la césarienne le taux de fibrinogène est remonté à 2,10 gr et l'hématocrite à 30.

Cette normalisation biologique va de pair avec une amélioration clinique.

Les suites opératoires sont simples et la malade sort en parfait état au 15^e jour.

Ces deux observations suggèrent quelques commentaires :

1. — *Fréquence* : Les troubles de la coagulation au cours du placenta prævia sont loin d'être exceptionnels. Tantôt sont retrouvés à l'origine des facteurs déterminants : embolie amniotique, ou hématome rétroplacentaire (observation n° 2), mais parfois aucune cause n'est retrouvée (observation n° 1).

Il ne fait pas de doute que le placenta prævia peut induire à lui seul des troubles de la coagulation.

2. — *Mécanisme* : Il est difficile de définir à postériori le mécanisme des troubles de la coagulation observés dans ces deux observations.

Les bilans de la coagulation font apparaître essentiellement 2 perturbations :

un temps de coagulation supérieur à 20 mn

une chute du taux de fibrinogène voire une afibrinogénémie (observation n° 2).

L'insuffisance des bilans ne permet pas de s'orienter soit vers un mécanisme de coagulation intravasculaire disséminé, soit vers une fibrinolyse primitive.

3. — *Traitement - Résultats* : Le traitement a consisté pour les 2 observations en :

transfusions de sang

apport massif de fibrinogène (6 à 7 gr)

perfusions de plasma concentré

une fois (observation n° 2), les anti-enzymes (iniprol) ont complété le traitement.

Ce traitement s'est montré très rapidement efficace tant sur le plan clinique que sur le plan biologique.

CONCLUSION

1. — *Mortalité maternelle nulle.*

2. — *Morbidité très réduite.*

— La révision utérine à la délivrance.

— Les antibiotiques.

— Le lever précoce, les massages et la mobilisation, et, selon les cas les anticoagulants

— Enfin les transfusions de sang déplasmatisé, représentent les gestes essentiels qui permettent de réduire de façon importante la fréquence des complications.

PRONOSTIC FOETAL

LE PRONOSTIC FŒTAL

Si le pronostic maternel a été amélioré de façon spectaculaire par la chirurgie et par une anesthésie réanimation bien conduite et par les soins attentifs du post-partum, par contre le pronostic fœtal n'a pas suivi une évolution aussi favorable.

- * La mortalité périnatale reste lourde
- * et l'avenir des enfants nés vivants demeure incertain.

L'amélioration de ce pronostic représente aujourd'hui le problème essentiel posé par le placenta prævia. Nous essayerons de dégager de nos observations :

1° D'une part les facteurs actuellement bien classiques de cette mortalité périnatale et les moyens que nous tentons de mettre en œuvre pour l'atténuer.

2° D'autre part, l'avenir précoce et lointain des enfants nés vivants.

MORTALITÉ PÉRINATALE

FACTEURS DETERMINANTS

Notre étude porte sur 113 enfants. Il y eut en effet une grossesse gemellaire.

29 enfants sont morts : 9 étaient morts à la naissance, 20 sont décédés dans les heures et les jours qui ont suivis.

La mortalité périnatale globale dans notre statistique s'élève ainsi à 25,6 %.

Il est intéressant de rapporter les pourcentages de mortalité relevés par d'autres auteurs :

DUMONT	(1962)	28,7 %
SMITH	(1959)	23,8 %
LEPAGE	(1963)	30 %
PALLIEZ	(1970)	24 %
GROSIEUX	(1970)	11 %
GREEN	(1959)	12,6 %
HIBBARD	(1969)	
	1948-1953	24,9 %
	1962-1966	24,7 %

La mortalité périnatale apparaît ainsi très élevée dans la plupart des statistiques même les plus récentes.

Plusieurs facteurs sont responsables de cette lourde mortalité périnatale. Ils interviennent à des degrés divers et sont, dans la plupart des observations, intriqués.

I. — LA PRÉMATURITÉ ET L'ANOXIE.

La prématurité et l'anoxie représentent les deux *dangers majeurs* qui menacent la vie de l'enfant au cours du Placenta Prævia.

A) LA PRÉMATURITÉ.

Le placenta prævia est en effet un grand fournisseur de prématurés.

Nous retiendrons *comme critère de prématurité* :

- 1° Essentiellement le *poids de l'enfant* et nous appellerons prématuré tout enfant pesant à la naissance moins de 2 kg 500.
- 2° Il est également classique de considérer la *durée de la gestation*. Et tout enfant né entre la 29^e et la 38^e semaine, d'après la date des dernières règles, est considéré comme un prématuré.

La mortalité périnatale globale en fonction du poids de naissance est rapportée dans le tableau I.

Poids de naissance	Nombre de cas	Vivants	Morts nés	Mort néonatale	% de mort périnatale
500 - 1000	3	0	0	3	100 %
1001 - 1500	10	4	3	3	60
1501 - 2000	24	12	4	8	50
2001 - 2500	21	16	2	3	23,8
2501 - 3000	25	22	1	2	12
3000	30	30			
TOTAL	113	84	10	19	25,6

TABEAU I — Mortalité périnatale et poids de naissance

Nous constatons que 58 enfants pèsent moins de 2 kg 500 soit 51,3 %.

— 26 sont morts ; ce qui représente 43,1 % de mortalité pour ces enfants de poids

inférieur à 2 kg 500 et nés de placenta prævia.

Une analyse plus détaillée montre que l'enfant a d'autant plus de chance de survie que le poids de naissance est plus important. En effet la mortalité est de 100 % pour les enfants de poids inférieur à 1 kg, de 60 % entre 1.001 et 1.500 gr, de 50 % entre 1.501 et 2.000 gr et de 23,8 % entre 2.001 et 2.500 gr.

- 55 enfants seulement pèsent plus de 2 kg 500. Le taux de mortalité s'abaisse à 5,4 % et ces enfants morts ont un poids inférieur à 3 kg.

L'étude de cette mortalité périnatale en fonction de l'âge de la grossesse montre également une décroissance du taux de mortalité à mesure que la grossesse approche du terme. Comme le montre le tableau II, il est de :

- 83,3 % avant la 29^e semaine
- 52,9 % entre la 29^e et la 32^e semaines
- 20,6 % entre la 33^e et la 36^e semaines
- 9,3 % au-delà de la 36^e semaine.

TABLEAU II — Mortalité périnatale et âge de la grossesse.

Age de la grossesse	Nombre de cas	Vivants	Morts nés	Mort néo natale	% de mort périnatale
29 s	6	1	2	3	83,3 %
29 - 32 s	17	8	1	8	52,9 %
33 - 36 s	58	46	7	5	20,6 %
36 s	32	29		3	9,3 %
Total	113	84	10	19	25,6 %

Au total

Le placenta prævia est responsable de la naissance d'un nombre important d'enfants de moins de 2 kg 500 (51,3 %).

Ces prématurés ont une chance de survie plus faible que celle de l'ensemble des prématurés. Dans notre statistique, 43,7 % des enfants nés de placenta prævia et pesant moins de 2.500 gr meurent, c'est-à-dire presque 1 sur 2. Or la mortalité globale de l'ensemble des prématurés est 3 à 4 fois plus faible : 12,8 % pour VARANGOT, 14,7 % pour PALLIEZ.

Si le placenta prævia amène une forte prématurité, il crée également des situations traumatisantes et néfastes pour ces prématurés.

B) L'ANOXIE.

L'anoxie est le deuxième facteur essentiel de la mortalité périnatale observée au cours du placenta prævia.

Conséquences

Les conséquences de l'anoxie sur l'organisme fœtal sont particulièrement graves et si aucun remède n'y est porté, cette anoxie aboutit rapidement à la mort.

Nous rappellerons schématiquement les principales perturbations induites par l'anoxie.

1° Les perturbations humorales

Lors d'une anoxie fœtale, l'énergie nécessaire est essentiellement produite par la mise en jeu de la glycolyse anaérobie. Cette glycolyse anaérobie a deux conséquences fondamentales :

D'une part, une consommation excessive des glucides aboutissant à une hypoglycémie.

mie. D'autre part, la survenue d'une acidose métabolique du fait de l'accumulation d'acide lactique et pyruvique.

L'acidose est une situation particulièrement dangereuse qui se comporte comme une véritable « intoxication » entraînant surtout :

- + une dépression des centres bulbaires et notamment respiratoires.
- + une diminution de la glycolyse anaérobie au niveau cérébral
- + et une vasoconstriction des territoires pulmonaires qui sont de ce fait en partie exclus et qui n'interviennent plus dans les échanges d'O₂ et de CO₂.

Saling a montré l'intérêt de la détermination du P H dans l'évolution et la surveillance d'une souffrance fœtale.

2° Les perturbations cardiovasculaires.

Elles sont la conséquence directe de l'anoxie.

Si l'anoxie est brève, on observe d'abord une tachycardie. L'aggravation de cette anoxie provoque une bradycardie qui représente un signe précoce de la souffrance fœtale. Cette bradycardie cède si l'hypoxémie est faible et transitoire. Mais plus l'hypoxémie est longue et plus le rythme cardiaque sera long à revenir à une fréquence normale.

Parallèlement il se produirait une redistribution vasculaire circulatoire avec vasoconstriction au niveau de la peau, de la musculature, des intestins et des poumons, mais avec conservation d'une circulation céphalique et myocardique.

3° *Les perturbations neurologiques.*

La tolérance du nouveau-né à l'anoxie est une notion classique. Cette notion doit en fait être discutée.

Les dégâts neurologiques dépendent essentiellement de la durée de l'anoxie. Une anoxie prolongée entraîne des séquelles graves avec des lésions vasculaires à type de congestion, stase veineuse, œdème cérébral, hémorragie méningée. Dans l'anoxie aiguë, il n'y a pratiquement pas de « gonflement cérébral » mais une atteinte élective de certains noyaux profonds dont la traduction clinique ne pourra apparaître que dans les années à venir.

La cellule cérébrale reste très sensible à l'anoxie. Et il y aura tout intérêt à agir vite pour corriger cette anoxie.

Causes

Au cours du placenta prævia, les situations anoxémiantes sont particulièrement fréquentes.

Ainsi l'anoxie est la conséquence des décollements placentaires plus ou moins importants qui réduisent d'autant l'aire d'échange de l'oxygène.

C'est également une conséquence de l'anémie aiguë maternelle par hémorragies importantes qui diminuent les vecteurs d'oxygène et induisent un choc hypovolémique néfaste.

Enfin, l'anoxie prend un caractère aigu au cours des procidences du cordon et des hématomes rétroplacentaires qui sont des pathologies non exceptionnelles au cours du placenta prævia.

Un aspect particulier de l'anoxie est représenté par l'anémie fœtale. Nous y reviendrons.

Analyse de nos observations

— *Les morts-nés.*

Parmi les 9 morts-nés observés dans notre statistique, 7 sont la conséquence d'une anoxie. C'est ainsi que nous relevons :

- + 2 procidences du cordon
- + 2 hématomes rétroplacentaires
- + 1 manœuvre de SIMPSON qui a créé un état d'anoxie aiguë. Mais il est important de préciser que cette manœuvre a été pratiquée pour un enfant non viable, permettant d'éviter ainsi une césarienne.
- + enfin dans deux observations, la mort in utero a été constatée au cours du travail d'accouchement. L'hémorragie maternelle était importante nécessitant une transfusion de 2 litres dans une observation et de 2,5 l dans l'autre. La disparition des bruits du cœur a coïncidé, comme nous avons pu le constater, avec une accentuation des phénomènes hémorragiques.

— *Les morts néonatales.*

Parmi les enfants morts dans les suites immédiates de l'accouchement, 10 dont 2 jumeaux sont décédés dans un tableau d'anoxie en rapport avec une hémorragie maternelle importante.

- + 3 fois la quantité de sang transfusée s'élevait à 2,5 l.
- + 1 fois à 2 litres
- + 3 fois à 1,5 litre
- + 2 fois à 1 litre.

Dans 3 observations, l'hémorragie maternelle au moment de l'accouchement n'était pas importante, nécessitant au plus 500 cc de sang. Mais la mère avait présenté depuis 2 mois dans une observation, 3 mois dans les deux autres, des hémorragies répétées. Les enfants sont décédés rapidement dans les heures qui ont suivies l'accouchement. L'anoxie chronique a été probablement à l'origine de ces morts.

En conclusion

L'anoxie, comme facteur déterminant de la mortalité périnatale s'observe nettement dans au moins 20 de nos observations, soit dans 71,3 % des cas.

Cette anoxie vient donc aggraver considérablement le pronostic de ces enfants déjà très prématurés.

II. — *L'ANÉMIE.*

Plusieurs auteurs (LANTUEJOUL et HÉRAUX — BUTLER et MARTIN — HARTEMANN DELLESTABLE et PIERRE — MITCHELL et coll.) ont insisté sur cet aspect particulier que représente l'anémie de l'enfant né de placenta prævia.

— *Le mécanisme invoqué* est variable. On peut, semble-t-il distinguer :

a) *Les anémies par spoliation*, les plus fréquentes, apparaissant :

- * soit après une rupture accidentelle du cordon,
- * soit plus souvent après une rupture de la barrière villositaire, lors du simple décollement placentaire,

* enfin, ces anémies peuvent s'observer après les effractions du placenta lors d'une intervention césarienne.

b) *Les anémies par troubles* de la crase sanguine beaucoup plus rares et de mécanismes imprécis.

— *Le diagnostic.*

- * Le diagnostic clinique est insuffisant car la pâleur peut résulter de troubles nerveux ou respiratoires.
- * La numération formule est le seul élément valable. La polyglobulie relative néo-natale étant habituelle, on admet comme chiffre inférieur normal dans le sang du cordon 4.900.000 globules rouges et 15 gr d'hémoglobine.

— *Dans nos observations* nous avons noté 12 fois une pâleur importante. Malheureusement la numération formule sanguine n'a pas toujours été pratiquée et nous manquons du seul critère objectif.

Dans 3 cas, l'enfant est décédé dans les suites de l'accouchement ; un présentait 2.500.000 globules rouges à la naissance. Il est également remarquable de noter que dans les trois observations, il s'agissait de placenta prævia antérieur.

— *Cette possibilité d'anémie fœtale* souligne l'intérêt :

- * d'une numération formule sanguine systématique sur le sang du cordon.
- * et d'une réanimation qui visera à rétablir la masse sanguine.

III. — LES FACTEURS OBSTETRICAUX.

Les facteurs obstétricaux :

Les dystocies de présentation

Le type d'insertion du placenta

Et le mode de traitement

représentaient autrefois des facteurs importants de mortalité périnatale.

Il nous a paru intéressant de reprendre ces points particuliers et d'étudier quelle est leur responsabilité actuelle dans la mortalité périnatale.

A) *Les présentations dystociques.*

Elles sont particulièrement fréquentes au cours du placenta prævia puisque nous relevons 25 présentations transverses et 16 présentations du siège. Ces anomalies de présentation ne semblent pas aggraver de façon significative le pronostic fœtal. Il apparaît en effet dans le tableau III que le pourcentage de mortalité dans les présentations transverses (24 %), n'est pas plus élevé que dans les présentations céphaliques (25 %). Par contre, il est de 31,2 % dans les présentations du siège.

Que ces présentations dystociques ne soient pas un facteur de mauvais pronostic se conçoit très bien aujourd'hui, car elles imposent dans la majorité des cas la voie haute.

TABEAU III — Présentation et Mortalité périnatale.

Présentation	Nombre	Vivants	Morts	% mortalité	Accouchement normal	Césarienne
Siège	16	11	5	31,2 %	8	8
Transverse	25	19	6	24 %	1	24
Céphalique	72	54	18	25 %	23	48

B) *La disposition anatomique du Placenta.*

Certains types d'insertion placentaire et plus particulièrement les insertions recouvrantes représentent un danger certain pour l'enfant car ils constituent les sources d'hémorragies les plus dramatiques.

La répartition de notre mortalité fœtale en fonction du type d'insertion placentaire est rapportée dans le tableau IV.

TABLEAU IV — Type d'insertion et mortalité fœtale

Type d'insertion du placenta	Nombre	Morts	% mort	Vivants	Accouchement voie basse	Césarienne
Latéral	17	3	17,6 %	14	14	3
Marginal	41	13	31,8 %	28	11	30
R. partiel	30	8	26,6 %	22	7	23
Recouvrement total	24	5	20,8 %	20		24
à développement antérieur	17	7	40,9 %			17

Nous constatons que la mortalité fœtale est à peu près identique quelque soit le type d'insertion placentaire. On ne relève que 5 décès dont 2 jumeaux dans le groupe des placenta recouvrants totaux soit 24 %.

Nous pensons que ce type d'insertion voit son retentissement fœtal s'atténuer, grâce à un dépistage précis et précoce qui impose :

- * une mise au repos absolu de la femme
- * une surveillance assidue
- * et une préparation en vue d'une césarienne d'indication formelle.

Nous avons isolé également *les placentas à développement antérieur* découverts au cours de la césarienne. Nous déplorons 7 décès fœtaux sur 17 observations soit une mortalité élevée : 40,9 %.

Le tableau V fait apparaître les causes de cette mortalité.

TABLEAU V : mortalité périnatale et Placenta antérieur.

N° Observ.	Sang trans fusé	Etat de l'enfant			Causes de décès
		Poids	Aspect	Traitement	
1	1 l.	1150	Détresse respiratoire	Réanimation O ₂	Prématurité
2	500 cc	2450	Pâleur 2.500.000	80 cc de sang	H ¹ ^e méningée
3	2,5 l.	2400	Pâleur	O ₂ 80 cc sang	H ¹ ^e méningée
4	2,5 l.	1800	Anoxie	O ₂ Réanimation	Détresse respiratoire
5	1,5 l.	1950	Anoxie	O ₂	Hémorragie méningée
6	1 l.	2950	Pâleur Anoxie	Réanimation 50 cc sang	Syndrôme hémorragique
7	1,5 l.	1650	Mort apparente	Réanimation	Souffrance cérébrale

Nous constatons :

— qu'un enfant est décédé du fait de son extrême prématurité,

— que trois d'entre eux ont présenté une pâleur importante nécessitant une transfusion. Nous regrettons qu'une numération formule n'ait pas été pratiquée, pour apprécier le degré de l'anémie.

— enfin trois autres enfants sont nés en état d'anoxie aiguë induite par l'hémorragie maternelle et aggravée par l'effraction du Placenta lors de la césarienne.

La localisation antérieure du placenta apparaît dans nos observations comme un danger certain pour la vie de l'enfant.

C) *Le mode d'accouchement.*

Il est intéressant d'étudier quelle est la responsabilité du mode d'accouchement dans la mortalité périnatale observée au cours du placenta prævia.

TABEAU VI : Mortalité périnatale et mode d'accouchement.

	Accouchement normal			Manœuvres obstétricales			Césariennes		
	Viv.	M. né	M.n.n.	Viv.	M. né	M.n.n.	Viv.	M. né	M.n.n.
29 s	1	1	1		1 grande extraction				2
29 à 32 s	4	1	1			1 version plus grande extraction	4		7 1 gemel.
33 à 36 s	11	2	1		1 manœuvre de Simpson		35	4	4
36 s	7						22		3
Total	23	4	2		2	1	61	4	16

(M.n.n. = morts néonatale)

Le tableau VI fait ressortir plusieurs points :

1. — D'abord le caractère traumatisant pour l'enfant des manœuvres obstétricales complexes. C'est une notion bien classique. Deux fois ces manœuvres ont été responsables de décès : 1 mort néonatale et 1 mort-né.

Dans la troisième observation la manœuvre était pratiquée sur un enfant mort.

Ces gestes obstétricaux traumatisants doivent donc rester l'exception. Ils n'ont qu'une indication : éviter une césarienne chez une femme porteuse d'un enfant

dont les chances de survie sont pratiquement nulles, sans pour autant menacer le pronostic maternel.

2. — La mortalité des enfants nés par les voies naturelles sans l'aide de manœuvre particulière s'élève à 18,7 % soit 6 décès sur 32 enfants.

L'analyse de ces décès fait apparaître :

* 4 *morts in utero*

- + un par hématome rétroplacentaire associé au placenta prævia,
- + un par procidence du cordon chez un grand prématuré,
- + deux par anoxie liée à une hémorragie maternelle importante (1,5 l). Les enfants morts-nés pesaient 1 kg 600 et 1 kg 300.

* 2 *morts néo-natales*

- + un grand prématuré de 27 semaines,
- + un, mort une heure après la naissance dans un grand tableau de souffrance cérébrale dont l'origine est une hémorragie maternelle cataclysmique (1,500 l).

En conclusion, ces morts péri-natales doivent être rapportées à l'anoxie et à la prématurité plus qu'à l'accouchement lui-même. En dehors des observations avec hématome rétroplacentaire, procidence du cordon et prématurité extrême, il n'est pas certain qu'une césarienne aurait permis de sauver les autres enfants.

3. — La mortalité péri-natale au cours des césariennes pour placenta prævia est plus élevée : elle est de 24,7 % soit 20 décès sur 81 enfants.

Ces décès se répartissent en

- 4 morts-nés,
- 16 morts dans les suites immédiates de l'accouchement.

a) *Les morts-nés.*

Dans 3 observations, il n'y avait plus de bruits du cœur à l'entrée dans le service. Un hématome rétro-placentaire, une procidence du cordon, un hydramnios dont l'étiologie n'a pu être précisée, étaient à l'origine de ces morts in-utero. La césarienne était d'indication purement maternelle.

Dans la quatrième observation, l'enfant de 2 kg 750, est mort in-utero par anoxie aiguë, là encore en rapport avec une hémorragie maternelle importante. Peut-être qu'une indication de césarienne plus rapidement posée aurait permis d'obtenir un enfant vivant.

b) *Les morts néonatales.*

L'analyse des causes de ces morts néonatales fait apparaître :

- 6 fois une prématurité extrême dont 2 jumeaux. Les enfants pesaient tous moins de 1.500 gr.
- 3 fois une souffrance cérébrale. Les enfants sont décédés rapidement dans les 24 heures, dans un tableau évoquant une hémorragie méningée.
- 1 fois une infection urinaire avec péritonite.

- 1 fois une insuffisance de réanimation immédiate. L'enfant est décédé rapidement dans un tableau de grande anoxie.
 - enfin dans 6 autres observations il y eut 3 décès par anoxie aiguë et 3 par anémie importante aggravant une anoxie pré-existante. Ces enfants avaient un poids supérieur à 1 kg 600. Il est important de noter qu'il s'agissait de 6 observations avec placenta à développement antérieur.
- c) La responsabilité de la césarienne dans cette mortalité péri-natale est difficile à affirmer, car dans la plupart des observations son indication était formelle. Que la mortalité périnatale globale au cours des césariennes soit plus élevée qu'au cours des accouchements par voie basse se conçoit car la césarienne est indiquée souvent pour des cas plus graves.

EN CONCLUSION

La prématurité et l'anoxie sont les deux facteurs essentiels de la mortalité périnatale.

Le mode de terminaison — le type de présentation — n'interviennent que dans un faible pourcentage de cas. Une mention particulière doit être faite au placenta à développement antérieur, car son effraction aggrave lourdement une anoxie souvent latente.

LES DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Pour améliorer cette lourde mortalité périnatale observée au cours du placenta prævia, il faut s'efforcer de lutter contre ce qui paraît être les deux facteurs essentiels :

La Pré maturité et l'Anoxie.

Pour réduire le pourcentage des prématurés, la seule possibilité est représentée par le traitement médical conservateur. Sa mise en œuvre n'est possible que dans certaines conditions et ses résultats sont des plus variables.

La prévention et le traitement de l'anoxie fœtale sont par contre plus délicats car de nombreuses causes interviennent. La réanimation néonatale précoce représente ici un des aspects les plus importants.

I. - LE TRAITEMENT MEDICAL CONSERVATEUR.

Chaque fois que la femme s'est présentée avec un tableau évoquant une insertion basse du placenta en dehors de tout travail débutant et de toute hémorragie importante, nous avons instauré un traitement médical dont nous avons défini les modalités et les buts.

Il nous a paru intéressant d'étudier le résultat fœtal de ce traitement.

TABLEAU VII : Mortalité périnatale et traitement médical.

Début du traitement médical	Nombre de cas			Accouchement par voie basse	Césarienne
		vivants	morts		
29 s	6	3	3		6
26 - 32 s	16	13	3	8	8
33 - 36 s	12	12		1	11
37 s	1	1			1
Total	35	29	6	9	26

Sur le tableau VII sont consignés le nombre de cas où nous avons pu mettre en œuvre le traitement médical, leur répartition en fonction de la date du début, et les résultats fœtaux.

1° Nous constatons qu'il y eut 6 décès sur 35 enfants soit 17,1 % :

- 1 enfant était mort-né ; il pesait 1 kg 600.
- 1 est décédé au troisième jour d'une péritonite.
- 4 sont décédés dans les heures qui ont suivi : 2 dans un tableau d'anoxie, pesant 1.150 gr et 1.900 gr et 2 pesant 1.400 et 1.650 gr dans un tableau de souffrance cérébrale avec hémorragie méningée probable.

2° Si nous rapprochons le tableau II qui étudie la mortalité périnatale globale en fonction de l'âge de la grossesse du tableau VII plusieurs constatations se dégagent :

- Lorsque la grossesse est d'âge inférieur à 29 semaines, la mortalité périnatale globale dans notre statistique s'élève à 83,3 %. Cette mortalité lorsque le traitement médical a pu être mis en œuvre s'abaisse à 50 %.
- Dans le groupe des grossesses d'âge, 29-32 semaines, la mortalité passe de 52,9 % à 18,7 %.
- Et dans celui de 33 à 36 semaines, cette mortalité est nulle lorsque le traitement médical a pu être instauré, alors qu'elle reste élevée à 20,6 % dans notre statistique.

3° Il nous a paru également intéressant de comparer les résultats fœtaux du traitement médical au cours de deux périodes :

- la période de diagnostic clinique,
- la période des « isotopes » qui comme nous l'avons montré, permet un diagnostic précoce et une mise en œuvre plus fréquente et plus rigoureuse du traitement médical.

	Nombre de cas	Nbre d'enfants morts	% de mortalité
Avant les isotopes	15	4	26,6 %
Depuis les isotopes	20	2	10 %

Nous relevons une mortalité de 10 % dans la deuxième période contre une mortalité de 26.6 % dans la première. Mais ces séries sont encore trop courtes pour pouvoir apporter des conclusions valables.

En conclusion :

Le traitement médical doit être instauré chaque fois que toutes les conditions que nous avons définies sont réunies.

Ce traitement permet une prolongation de la grossesse de 1 à 8 semaines et atteint dans un fort pourcentage de cas le but essentiel qu'il se propose : diminuer la mortalité périnatale en réduisant un des facteurs de cette mortalité : la *Prématurité*.

II. — LE TRAITEMENT DE L'ANOXIE FŒTALE.

Le traitement de l'anoxie fœtale est plus délicat car, comme nous l'avons observé, des causes multiples interviennent et souvent s'intriquent.

A) *Avant la naissance* de l'enfant, les mesures thérapeutiques bien que peu nombreuses n'en sont pas moins importantes.

1 — Si un traitement médical est envisagé les principales mesures sont représentées :

- * par le dépistage et la correction d'une anémie maternelle débutante qui induit une hypoxie fœtale chronique.
- * par le repos qui, en plus de son action bénéfique, sur l'arrêt de l'hémorragie maternelle, régularise le débit placentaire et assure de meilleurs échanges fœto-maternels.
- * il est également important de disposer à portée de main d'une certaine quantité de sang pour corriger à tout moment une hémorragie importante toujours possible dont le retentissement fœtal est grave.

- * le dépistage de la souffrance fœtale repose essentiellement sur la surveillance des bruits du cœur par cardiotocographie. Les dosages d'œstriol ne semblent pas apporter des renseignements précis dans le cadre de l'hypoxie fœtale.
- 2 — Si une hémorragie massive survient, 2 mesures s'imposent :
- * corriger rapidement l'état de choc maternel par des transfusions de sang isogroupe. L'hydrocortisone peut être utilisée. Par contre les vasoconstricteurs doivent être formellement éliminés.
 - * soustraire l'enfant à cette hémorragie le plus souvent par une césarienne.
- 3 — Enfin si le travail débute et si aucun élément ne pousse à la césarienne, une surveillance par monitoring s'impose pour dépister l'apparition d'une souffrance fœtale. L'accouchement devra être rapide et non traumatisant.

B) *A la naissance de l'enfant.*

Une réanimation est mise en route immédiatement.

- 1 — Elle doit corriger l'anoxie lourde de conséquences. Les gestes de cette réanimation « moderne » sont actuellement bien connus :
- * Réchauffement
 - * Oxygénation
 - * Désobstruction buccopharyngée, sans oublier l'aspiration gastrique

* rétablissement de la perméabilité des voies respiratoires

* correction de l'acidose par apport de bicarbonate.

2 — Elle doit également dépister une *anémie* fœtale par un examen du sang du cordon. Ce dépistage gagnerait à être plus systématique. Une correction par transfusion pourrait être alors appliquée.

3 — Ces enfants prématurés sont ensuite confiés au centre de prématurés.

Cette réanimation néonatale est essentielle. Elle doit être immédiate et complète dès la naissance. Un retard dans cette réanimation risque d'être fâcheux pour l'avenir des enfants.

CONCLUSION

La mortalité périnatale dans notre statistique s'élève à 25,6 %. La prématurité et l'anoxie représentent les deux causes majeures de cette mortalité.

Le traitement médical conservateur et la mise en route d'une réanimation fœtale moderne semblent avoir amélioré de façon considérable le pronostic fœtal.

En effet, nous pouvons distinguer deux périodes :

La première période 1960-1967 caractérisée :

- par un traitement médical conservateur instauré sur les seules données cliniques.
- par une réanimation fœtale classique, oxygène, désobstruction, réchauffement.

La deuxième période 1968-1970 où le traitement médical a été plus fréquent, plus précoce et plus rigoureux grâce au diagnostic de certitude que nous apporte la méthode isotopique, et où la réanimation a été plus moderne avec en particulier la correction de l'acidose.

TABEAU VIII

	Nombre de cas	Vivants	Morts nés	Morts n n	% de mortalité
Période I	69	47	6	16 1 gemel.	31,8
Période II	43	36	3	4	16,1

Il apparaît dans le tableau VIII que la mortalité s'est abaissée de 31,8 % dans la première période ; à 16,1 % dans la seconde.

Bien sûr, il restera un certain pourcentage de mortalité inévitable due aux hémorragies massives survenant sur des grossesses encore très jeunes, et aux complications telles que procidence du cordon, hématome rétro-placentaire, rupture prématurée de la poche des eaux.

Mais nous pensons que cette mortalité périnatale peut encore être réduite.

- Un diagnostic précoce de l'insertion basse du placenta
- Une hospitalisation de toutes les femmes porteuses d'un placenta prævia
- Un traitement médical rigoureux
- Une réanimation néonatale plus systématique.

représentent, à notre sens, les différents éléments qui doivent permettre de diminuer notablement la mortalité fœtale dans les placentas prævia hémorragiques.

AVENIR DES ENFANTS NÉS VIVANTS

L'AVENIR DES ENFANTS NES VIVANTS

Deux étapes sont à considérer :

— *L'avenir immédiat*, c'est-à-dire les premiers jours de la vie pendant lesquels nous avons pu surveiller de près ces enfants.

— *L'avenir lointain* : période qui s'étend du 1^{er} mois de la vie à l'âge scolaire.

I. — L'AVENIR IMMEDIAT.

Dans notre statistique 84 enfants sont restés vivants dans les premiers jours après la naissance.

L'analyse des observations montre que, dans la grande majorité des cas, ces enfants ont crié dès la naissance ou très rapidement après une brève oxygénation et désobstruction, et que les suites immédiates ont été très simples avec une courbe de poids très satisfaisante.

Cependant, pour un certain nombre d'enfants, *l'anoxie* et la *prématurité* ont été responsables de difficultés initiales qui ont nécessité des mesures thérapeutiques particulières.

— 13 enfants ont été réanimés : il s'agissait de 6 prématurés et de 7 enfants de plus de

2.500 gr ; 10 étaient nés par césarienne et 4 par les voies naturelles.

- 14 enfants ont été confiés très rapidement au service de prématurés et de réanimation néo-natale, en raison de leur faible poids ou d'un état clinique alarmant. Parmi ces enfants 2 sont décédés à l'âge de deux mois :

- * l'un d'une surinfection

- * l'autre d'une déshydratation aiguë.

Ces enfants étaient prématurés et présentaient des troubles neurologiques graves.

- Enfin chez 6 enfants nous avons noté des troubles neurologiques mineurs et passagers avec hypotonie, gémissements. L'état neurologique à la sortie de la maternité paraissait normal.

La morbidité fœtale apparaît importante puisqu'au total 28 enfants soit 33,7 % ont nécessité des soins particuliers voire intensifs. Nous relevons également 2 décès.

Malheureusement les renseignements sont nettement insuffisants pour apprécier la morbidité réelle et la mortalité néonatale tardive.

- Une détermination de l'APGAR couplé au PH

- Un examen neurologique à la naissance

- et un examen neurologique et général

avant la sortie de la maternité représentent les éléments essentiels qui permettront de préciser avec plus de rigueur l'état de l'enfant dans les premiers jours.

Ces enfants devront être suivis ultérieurement, car rien ne permet de prévoir l'avenir : il n'existe en effet

pas de parallélisme rigoureux entre la gravité des lésions neurologiques observées dans les premiers jours de la vie et les séquelles observées quelques années plus tard.

II. — L'AVENIR LOINTAIN.

L'évolution des méthodes, les moyens de réanimation actuellement mis en œuvre sont à l'origine de l'augmentation des chances de survie de ces enfants nés de mères ayant présentées un placenta prævia hémorragique.

Mais on peut se demander quelle est la qualité de cette survie, en d'autres termes : *quel est l'avenir sur le plan physique et intellectuel de ces enfants ?*

Ce problème a été étudié par de nombreux auteurs pour une certaine catégorie d'enfants : *Les prématurés*. Il semble bien que dans ce groupe d'enfants l'apport des techniques nouvelles appliquées dès la naissance, ait amené au cours de ces 10 dernières années :

- une amélioration du pourcentage de survie
- et surtout une amélioration de la qualité de cette survie.

Qu'en est-il pour les enfants nés avec placenta prævia ?

a) *Les données de la littérature.*

Peu d'auteurs se sont penchés sur l'avenir de cette catégorie d'enfants.

Deux rapports nous paraissent intéressants à rapporter :

NISWANDER a tenté de déterminer les conséquences neurologiques de l'anoxie particulièrement fréquente au cours du placenta prævia.

Ces enfants ont été suivis pendant un an et chaque enfant était examiné selon un plan préétabli.

- 1 : détermination de l'Apgar, des signes cliniques et neurologiques à 1 mn et à 5 mn après la naissance.
- 2 : examen neurologique fréquent dans les suites de couches.
- 3 : à 4 mois examen pédiatrique.
- 4 : à 8 mois examen psychomoteur.
- 5 : à 12 mois examen neurologique complet.

A chaque examen les enfants étaient classés en normal, subnormal, franchement pathologique.

Deux points ressortent de cette étude :

- 1 — Dans le groupe des enfants nés à terme, les troubles neurologiques découverts à la naissance ou au cours des examens ultérieurs s'atténuent très rapidement et à l'examen du douzième mois, il n'y a pratiquement aucune différence entre les enfants nés à terme sans placenta prævia et avec placenta prævia.
- 2 — Par contre, dans le groupe des prématurés, les différences sont nettes à tous les examens. A l'examen du douzième mois 51,6 % seulement des prématurés nés avec placenta prævia sont normaux sur le plan neurologique, alors que pour

l'ensemble des prématurés, le pourcentage s'élève à 90,1 %.

L'auteur souligne la nécessité de poursuivre cette étude pour apprécier l'évolution de ces troubles neurologiques car il est important de faire la distinction entre retard simple de maturation et atteinte définitive du système nerveux.

CERULTI R. et BRUNI R. ont entrepris une étude psychologique des enfants nés de mère ayant présenté un placenta prævia hémorragique.

Leur étude porte sur 35 enfants d'âge scolaire. Plus en détail 12 enfants sont nés prématurément, 23 à terme. Dans 6 cas, il y eut anoxie fœtale.

Chaque sujet examiné a été soumis aux mêmes investigations :

- 1 — appréciation par l'interrogatoire du développement physiologique et psychologique et recherche des événements pathologiques.
- 2 — Examen psychomoteur (Test de Terman Merrill abrégé).
- 3 — Examen de la compréhension et du caractère (Test de Zulliger).
- 4 — Examen de la motricité faciale (Test de Kwint).
- 5 — Etude du niveau de maturité visuelle et motrice, aptitude à la structuration de l'espace (Test de Bender).

Nous rapportons ici un tableau de l'étude globale de ces enfants. Les résultats sont comparés statistiquement à une population normale.

	Nombre de cas	%	% d'un échantillon normal
— Retard à la marche	4	11,4	5
— Retard verbal	15	42,8	15
— Bégaiement	5	14,28	3,5
— Dyslexie	4	11,4	4,6
— Nystagmus	1	2,85	2,5
— Enurésie	6	17,14	6
— Tics	7	20	2
— Convulsion	2	5,71	—
— Grande difficulté dans le rende- ment scolaire	16	45,65	9
- Niveau intellectuel			
- bon	1	2,85	16
- normal	20	57,10	64
- retardé	7	20	12
- arriéré	6	17,14	5
- débile	1	2,85	1
— Trouble du comportement	27	77,14	15
— Immaturité du nerf facial	13	37,14	17
— Immaturité dans l'organisation perceptive	15	42,8	12
— Incoordination des mouvements (vue, motricité graphique)	20	57,10	16

Trois points apparaissent :

- 1 — Le niveau mental se trouve dans les limites de l'insuffisance.
- 2 — Il existe 3 cas (8,5 %) avec grosses lésions cérébrales.
- 3 — Un pourcentage élevé de sujets (82,8 %) présente des troubles du comportement, une incoordination importante de la motilité fine, des altérations de l'activité idéo-verbale et des signes nombreux de

désadaptation psychomotrice. 3 enfants seulement étaient psychologiquement dans les normes.

Il aurait été intéressant de savoir si les troubles constatés existaient à l'état de séquelles. Et dans le cas contraire, si une amélioration avait été relevée à des examens ultérieurs.

Les auteurs ont tenté ensuite d'établir une relation entre ces troubles et les facteurs obstétricaux. Ils constatent statistiquement que :

- 1 — Les lésions semblent plus graves chez les enfants de femmes qui ont présenté une seule hémorragie nécessitant une intervention d'urgence.
- 2 — Que la prématurité n'intervient pas dans les troubles psychopathologiques.
- 3 — Mais que par contre, les troubles sont importants lorsqu'il y a souffrance fœtale manifeste.
- 4 — Enfin les auteurs soulignent que l'existence de lésions placentaires aggrave le développement psychomoteur de l'enfant.

En conclusion, les auteurs soulignent l'intérêt dans la prévention et dans l'atténuation de ces troubles :

- d'une prophylaxie obstétricale évitant l'hémorragie, la prématurité et l'anoxie.
- d'une assistance pédiatrique immédiate dès la naissance, puis continue et éducative.
- d'une ambiance familiale et sociale apte à

accueillir sans stimulations anormales ces nouveaux-nés qui se trouvent dans des conditions d'instabilité émotive.

b) *Notre expérience.*

Nous avons tenté d'entreprendre une enquête pour préciser le devenir de ces enfants. Nous devons préciser que cette enquête n'a été menée qu'auprès des familles qui parfois ont demandé l'avis médical. Les résultats sont difficilement interprétables et n'ont, de ce fait, aucune valeur statistique.

Nous avons obtenu 25 réponses sur 50. Parmi ces 25 réponses nous relevons :

- 4 fois des *troubles mineurs* :
 - * 2 fois des troubles de l'élocution chez des enfants de 8 ans et 10 ans.
 - * 2 fois des troubles du comportement.
- 3 fois par contre, il s'agit de troubles plus importants :
 - * 2 fois on note un retard psychomoteur : Il s'agit dans une observation d'un enfant de 4 ans qui présente également un état comitial. A la naissance, cet enfant pesait 2 kg, et était né par césarienne indiquée pour une hémorragie cataclysmique avec choc (2 l de sang). Dans l'autre observation, il s'agit d'un enfant de 15 mois qui pesait 2 kg à la naissance et avait nécessité une réanimation intensive pour anoxie.
 - * 1 fois on note l'existence de convulsions. L'enfant pesait 1 kg 900 à la naissance et

son état avait nécessité des soins intensifs dans le centre de prématurés.

Ces résultats sont malheureusement trop parcellaires pour être valables. Il est cependant intéressant de noter ces deux retards psychomoteurs chez deux enfants dont l'histoire obstétricale n'était pas simple et qui, d'autre part, étaient des prématurés anoxiques.

III. — CONCLUSION : ENQUETE PROSPECTIVE.

L'avenir des enfants nés vivants avec placenta prævia, que ce soit l'avenir immédiat ou l'avenir lointain, reste encore peu étudié. Les renseignements que l'on peut recueillir dans nos observations sont trop insuffisants pour être valables. Mais il semble bien que chez un certain nombre d'enfants, la prématurité et l'anoxie s'associent pour induire des troubles neurologiques et psychomoteurs, dont la fréquence et la gravité sont encore à déterminer.

Nous nous proposons d'entreprendre avec la collaboration du service de pédiatrie et de réanimation néonatale une enquête prospective, établie sur la première année.

L'étude de ces enfants sera surtout centrée sur le développement neurologique et psychomoteur.

— *A la naissance* et dans les premières 24 heures seront déterminés :

* l'indice d'Apgar (1 mn, 5 mn) couplé au Ph,

* l'état clinique et neurologique.

— *A la sortie de l'Hôpital*, on précisera :

Etat clinique général : courbe staturo-pon-

dérale, périmètre crânien ; Etat neurologique sommaire.

— *A un mois :*

- * Examen pulmonaire systématique avec auscultation et radiographie pulmonaire à la recherche d'un syndrome de Mikity WILSON.
- * Examen neurologique.

— *Puis à 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois :*

- * Examen neurologique et psychomoteur.
- * Des examens complémentaires pourront être demandés si l'état clinique le nécessite : Fond d'œil, électroencéphalogramme, albuminorachie.

Ces examens neurologiques répétés permettront de dépister une encéphalopathie.

Les principaux signes qui doivent attirer l'attention sont :

- Au premier trimestre, un mauvais redressement de la tête et une mauvaise poursuite oculaire.
- Au deuxième trimestre, la constatation d'une raideur des membres inférieurs contrastant avec l'hypotonie du tronc.
- Au cours du troisième trimestre, c'est l'apparition des réactions parachutistes aux membres supérieurs.
- Enfin au cours du quatrième trimestre, on retiendra la persistance des signes notés précédemment et l'apparition de contractions excessives de repos.

Tous les enfants nés au cours d'un placenta prævia hémorragique seront soumis à ces examens.

Peut-être pourrons-nous apprécier ainsi avec plus de rigueur la morbidité infantile réelle induite :

— par le placenta prævia

— et par ses conséquences majeures que représentent la prématurité et l'anoxie.

CONCLUSIONS

Dans notre travail, nous avons repris 112 observations de placenta praevia hémorragiques, observées pendant une période de onze ans (1^{er} janvier 1960 au 31 décembre 1971) dans le service de gynécologie et d'obstétrique.

1. L'insertion basse du placenta reste un syndrome assez fréquent. Sur 26.259 accouchements, nous avons relevé 112 cas, soit une fréquence de 0,45 %, ce qui représente un placenta praevia pour 250 accouchements.

2. Sur le plan anatomique, à côté des définitions classiques, il nous paraît surtout intéressant d'isoler par les conséquences thérapeutiques et le retentissement fœtal deux localisations : le Placenta à développement antérieur ; le Placenta recouvrant.

3. Nous nous sommes intéressés aux seules formes hémorragiques de l'insertion basse du Placenta. Ce sont les formes qui posent les véritables problèmes : diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

LE DIAGNOSTIC

Il est CAPITAL, car le placenta praevia expose à des complications qui peuvent être graves pour la mère et pour l'enfant. Ce diagnostic est évoqué dans deux circonstances différentes :

● *Au cours du travail.* Le placenta prævia peut se manifester en effet pour la première fois au cours du travail d'accouchement. Le diagnostic est ici habituellement facile sur les seules données de l'examen clinique.

● *Au cours de la grossesse.* L'insertion basse se manifeste par des hémorragies isolées qui surviennent dans le troisième trimestre de la grossesse mais parfois au cours du second trimestre. Le diagnostic est difficile. La clinique n'apporte que des éléments de suspicion, jamais une certitude. Nous avons montré ici l'apport considérable que représente pour ce diagnostic la placentographie isotopique.

Cet examen permet de porter le diagnostic avec certitude. Sa précision est de l'ordre de 95 %. Il précise d'autre part la localisation exacte du placenta et nous avons souligné l'intérêt de localiser un placenta à développement antérieur ou un placenta recouvrant. Enfin, il semble que cet examen permette un diagnostic plus précoce dans un grand nombre d'observations.

Cet examen a cependant des limites car son innocuité n'est pas absolue et les renseignements apportés lorsque cet examen est demandé au cours du deuxième trimestre ne sont pas définitifs et doivent être interprétés avec esprit critique.

LE TRAITEMENT

L'hospitalisation de toute femme présentant un placenta prævia est pour nous une règle absolue.

● Dans 35 observations, nous avons pu mettre en œuvre un *traitement médical conservateur* dont le but essentiel était de prolonger la grossesse afin d'obtenir un enfant plus viable. Nous avons montré que le diag-

nostic de certitude, apporté par la localisation isotopique permet d'instaurer ce traitement médical, conservateur avec plus de rigueur. De même ce traitement médical semble plus fréquent, car, pour nous, la placentographie isotopique est devenue un examen de routine qui est demandé pour toutes les métrorragies qui ne font pas leur preuve et qui surviennent au cours du troisième trimestre de la grossesse ou parfois au cours du second trimestre.

● L'interruption de la gestation s'est effectuée 32 fois par voie basse (28,5 %) et 80 fois par césarienne (71,5%). Nous en avons précisé les modalités techniques particulières et les indications.

● Enfin, nous avons souligné l'importance capitale de la réanimation maternelle.

LE PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL

Le pronostic maternel. Nous n'avons à déplorer aucun décès.

Plusieurs mesures prophylactiques ont permis de réduire la fréquence et la gravité des complications.

Nous avons insisté sur les troubles de la coagulation qui s'observent certes assez rarement au cours du placenta prævia, mais qui posent des problèmes délicats.

Le pronostic fœtal reste encore très menacé.

● Notre mortalité périnatale globale s'élève à 25,6 %.

— la prématurité et l'anoxie représentent les deux facteurs essentiels de cette mortalité.

— l'anémie fœtale est probablement assez fréquente.

Elle doit être dépistée de façon systématique par une numération formule et un taux d'hémoglobine.

— parmi les facteurs obstétricaux, nous avons relevé une mortalité périnatale particulièrement élevée au cours des placentas prævia à développement antérieur.

Il nous semble que cette mortalité périnatale peut être atténuée :

— par un diagnostic précoce de l'insertion basse.

— par la mise en œuvre d'un traitement médical conservateur appliqué et surveillé avec rigueur dans un centre obstétrico-chirurgical.

— par une réanimation maternelle intensive.

— et enfin par une réanimation systématique des enfants : réanimation métabolique, pulmonaire et sanguine.

● L'avenir des enfants nés vivants n'a pu être précisé de façon valable. Nous proposons une enquête prospective qui tentera d'établir avec plus d'exactitude l'avenir de ces enfants.

Le placenta prævia demeure un syndrome obstétrical redoutable moins pour la mère que pour l'enfant. Différentes mesures permettent actuellement d'espérer une amélioration de ce pronostic.

Le 11 septembre 1972

LE DOYEN :
G. MEYNIEL

Le 31 août 1972

LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
J. BAUDON

Vu et permis d'imprimer

N° 1 M51/72

— 148 — Le 1 18 Oct. 72

Le Doyen :
G. MEYNIEL

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — ASSUS
Métrorragies précoces par placenta prævia.
Thèse Marseille N° 225.
- 2 — BEILLY J.S., GREENBERG M.W., AARON J.B.,
PECK S.J.
Placenta prævia — An. eleven years review
Amer. J. Obstet. Gynec., 1952, 63, 414.
- 3 — BERTHOUD P.
Une cas particulier de placenta prævia
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av. - mai 1959, 11, n° 2,
85 - 90.
- 4 — BONAFOS M., SERFATI M et LE CANNELIER R.
Un pronostic fœtal dans le placenta prævia
Gynéc. Obst., 1953, 5, n° 4, 436-437.
- 5 — BURGER J.P., HUMMEL P., MILFORT J., WEILER
E., et DREYFUS J.
Placenta prævia accreta. A propos de deux cas.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-juil. 1960, 12, n° 3,
325-327. (Bibliogr.)
- 6 - - BURGER P., TRUCHMANN L. et MILFORT J.
Placenta prævia. Considérations sur la statistique de
la maternité.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, N° 3, 338-340.
- 7 — BUTLER N.R. et MARTIN J.D.
L'anémie du nouveau-né consécutive à un « placen-
ta prævia » antérieur.
Brit. Med. J., 18 déc. 1954, N° 4902, 1455-1457,
(Bibliogr.)

- 8 — CERULTI R., BRUNI R.
Valutazione psicologica di bambini nati di madri
che soffersero di emorragie da placenta previa nel
terzo trimestre di gravidanza.
Acta paediatrica latina, 1965, 13 - N° 7, 719-732.
- 9 — CHASTRUSSE L.
Du décollement prématuré du placenta inséré bas.
Rev. franç. Gyn. Obst., mars-av. 1953, n° 3-4, 80-89,
1 tabl. (Bibliogr.)
- 10 — CHAUDRON J.
Problèmes de l'hospitalisation dans les hémorragies
des derniers mois de la gestation.
Thèse méd. Clermont, 1960, N° 14.
- 11 — CHERRY SH. H., ADAMSONS K., et PHILLIPS L.L.
Hypofibrinémie associée au placenta prævia et au
placenta prævia accreta.
Surg. Gyn. Obst., mai 1961, 112, N° 5, 551-558, 5 fig
(Bibliogr.)
- 12 — CHIAPPONI P.L.
Dix ans de césariennes à la clinique obstétricale de
Clermont-Ferrand. 1969.
- 13 — CHOSSON J. et RUF H.
Césarienne et insertion basse du placenta
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., mai-juin 1961, 13, n° 3,
334-338.
- 14 — DESSERRE M.
La placentographie isotopique à l'Indium 113 m à
à propos de 75 observations (Bibliogr.)
Thèse Clermont 1971
- 15 — DI MASI F.T., MC GOLDRICK D.M., GROGAN R.H.
Placenta accreta. With Special reference to Combi-
ned placenta prævia and accreta.
amer. J. Obstet. Gynec., 1963, 87, 190.
- 16 — DONALDSON I.A.
Hypofibrinogénémie placenta prævia.
J. Obst. Gyn. Brit. Common., fév. 1964, 71, n° 1,
126-127.
- 17 — DUCAS P. et SANTARELLI J.
Les facteurs de la mortalité périnatale de 62 pla-
centas prævia.

Méd. infantile, 1965, N° 8, p. 585-596.

- 18 — DUMONT M.
Le placenta prævia (Etude de 72 observations)
Presse méd., 8 déc. 1962, 70, N° 53, 2567-2569 (Bibliogr.)
- 19 — DUPARC J. et BOYRON P.
Observation de placenta prævia compliqué de choc hémorragique, avec fibrinolyse, et d'escarre.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., sept-oct. 1964, 16, n° 4, 467.
- 20 — FEHROLZ J.
Place et indications de l'opération césarienne dans le traitement du placenta prævia hémorragique. Son incidence sur le pronostic fœtal. A propos de 45 observations cliniques. Thèse Paris 1961. n° 268.
- 21 — FITZGERALD J.E., WEBSTER A., GEITTMANN W.F. et ZUMMO B.
Placenta prævia : coopérative treatment.
Am. J. Obst. Gyn., août 1954, 68, N° 2, 659-664.
- 22 — GABERT H.A.
Placenta prævia et croissance fœtale
Obstet. and Gynec., sept. 1971, 38, N° 3, 403-406 (Bibliogr.)
- 23 — GROSIEUX P., LEDUC J.P. et ROUCHY R.
L'insertion basse du placenta
Rev. franç. Gyn. Obst., mars 1970, 65, N° 3, 85-93. 8 tabl. (Bibliogr.)
- 24 — GROSIEUX P., LEDUC J.P. et ROUCHY R.
Insertion basse du placenta avec hémorragies graves dans le 2° trimestre de la gestation.
Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. franç. av.-mai, 1971, 23, N° 2, 222-224.
- 25 — GALANOPULOS C.
L'hémorragie du fœtus dans le placenta prævia.
Rapports au III° Congrès mondial de Gynécologie, Vienne 3-9 sept. 1961. Ronayor, édit, Vienne, 1961, 2, 474.
- 26 — GANDAR R. et GRENIER J.
A propos de 105 cas de placenta prævia.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, N° 1, 73-75.

- 27 — GREEN G.H.
Placenta prævia : a review of 242 cases and the principles of management.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp., août 1959, 66, N° 4, 640-648, 9 tabl. (Bibliogr.)
- 28 — HENRION R., CHAVINIE J.
Anomalie de l'insertion utérine de l'œuf : Placenta prævia.
Encyclopédie médico chirurgicale. 5069 A¹⁰, 6, 1971.
- 29 — HENRION R., CATHELY J.P.
La localisation placentaire isotopique
Progrès en obstétrique p. 153 ; Flammarion édit., 1970.
- 30 — HIBDARD L.T.
Placenta prævia.
Am. J. Obst. Gyn., 15 mai 1969, 104, N° 2, 172-184, 12 tabl. (Bibliogr.)
- 31 — HARTEMANN J., DELLESTABLE P., PIERRE A.
L'anémie des enfants de placenta prævia
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1962, 62, 3, 422.
- 32 — IFFY L.
Contribution à l'étude de l'étiologie du placenta prævia
AM. J. Obst. Gyn., 1^{er} av., 1962, 83, N° 7, 969-975. (Bibliogr.)
- 33 — JARROUSSE J.
Un cas de placenta prævia accreta s'insérant en partie sur le col utérin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai, 1965, 17, N° 2, 194-195.
- 34 — JOPP H. et KRONE H.A.
Rapports entre poids de l'enfant et poids du placenta dans le placenta prævia. (Problème du développement du fœtus dans le placenta prævia).
Geburtsh. Frauenh., av. 1966, 26, N° 4, 403-408 (Bibliogr.)
- 35 — KALSTONE C.E.
L'utérus de « Couvelaire » (apoplexie utéro-placentaire) et le placenta prævia.
Am. J. Obst. Gyn., 15 oct., 1969, 105, N° 4, 638-639, (Bibliogr.)

- 36 — KORANYL G., et TOTH M.
Placenta prævia et anémie hémorragique néonatale
Minerva ped., 2 juin 1967, 19, N° 22, 1063-1065
(Bibliogr.)
- 37 — LACOMME M.
Pratique obstétricale, 1960, Tome 1, p. 467.
Insertion basse du placenta — Masson et C^{ie} édit.
- 38 — LANTUEJOUL P., HERAUX A.
L'anémie du nouveau né dans le placenta prævia.
Bull. acad. Nat. de Méd., N° 23-24. 1950, p. 460.
- 39 — LEPAGE F., HENRION R., RAVINA J.H. et MICHELON B.
Localisation placentaire isotopique et placenta prævia central. (Intérêt pour le diagnostic et le traitement).
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv.-mars 1966, 18, N° 1, 31-34.
- 40 — LEPAGE F., HERVET E. et HENRION R.
Considérations sur 114 cas de placenta prævia.
Gyn. Obst., av.-mai, 1963, 62, N° 2, 171-189
(Bibliogr.)
- 41 — LYONNET R.
A propos du pronostic fœtal dans les hémorragies du placenta prævia traitées chirurgicalement.
Gyn. Obst., 1948, 47, N° 6 bis, p. 174 à 176.
- 42 — MAGAFEE C.H.G., MILLAR W.G., et HARLEY G.
La mortalité fœtale et maternelle par placenta prævia.
J. Obst. Gyn. Brit. Common., av. 1962, 69, N° 2, 203-212, 11 tabl. (Bibliogr.)
- 43 — MAHON R. MOULINIER J., SOUMIREU-MOURAT J. BRUNG.
Placenta prævia et hémorragies par incoagulabilité secondaire.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 5.582.
- 44 — MENON M.K.K.
Etude du traitement du placenta prævia.
J. Obst. Gyn. Brit. commonwealth, oct. 1963, 70, N° 5, 787-794, 12 tabl.

- 45 — MERGER R. LEVY J., MELCHIOR J.
Précis d'obstétrique, 3^e édition 1967, p. 286.
- 46 — MILLIANI P., CAFFARGUE F. et SICARD J.P.
Une nouvelle observation de placenta prævia à manifestation précoce.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. franç., nov.-déc., 1970, 22, N° 5, 513-514.
- 47 — MORGAN J.
Placenta prævia : report on a serie of 538 cas (1938-1962).
J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., oct. 1965, 72, N° 5, 700-705.
- 48 — MUSTIER M.J.
A propos de 2 cas fibrinolyse associés avec une insertion basse du placenta.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. franç., 1964.
- 49 — NELKEN S. et MUSIATOWICZ J.
Quarante deux césariennes à l'occasion de 198 cas de placenta prævia avec hémorragie au cours du dernier trimestre de la gestation.
Gynéc. Obst., août-oct., 1958, 57, N° 4, 435-440 (Bibliogr.)
- 50 — NISWANDER K.R. et coll.
Fetal morbidity following potentially anoxigenic obstetric conditions, II : placenta prævia.
Am. J. Obst. Gyn., 15 juil, 1966, 95, N° 6, 846-852 (Bibliogr.)
- 51 — OCHSHORN A., DAVID M.P., SOFERMAN N.
Placenta prævia accreta. A report of 9 cases.
Obstet. Gynec., 1969, 33, 677 (Bibliogr.)
- 52 — Le placenta prævia
in rapport du xxii^e Congrès national d'anesthésie et réanimation, 1972, Tome réanimation obstétricale, p. 445.
- 53 — PALLIEZ R. et coll.
Contribution à l'étude du pronostic des hémorragies par insertion basse du placenta.
Gynéc. et Obst., août-oct., 1970, 69, N° 4, 309-324, 8 fig. (Bibliogr.)

- 54 — PAUCOT et REEB M.
Traitement chirurgical du placenta prævia. Rapport du VIII^e congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Paris 1933.
- 55 — PEDOWITZ P.
Placenta prævia : An evaluation of expectant management and the factors responsible for fetal Wastage.
Am. J. Obst. Gyn., 1 sept., 1965, 93, N° 1, 16-25, 14 tabl. (Bibliogr.)
- 56 — PIANA L., BLANC B. et ERNY R.
3 observations de placenta prævia à manifestations hémorragiques précoces.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstét. franç., juin-août 1970, 22, N° 3, 290-292.
- 57 — PIGEAUD H. et NEUMANN E.
Interruption thérapeutique de la grossesse au 5^e mois pour hémorragie utérine incoercible due à un placenta prævia.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., mai-juin 1961, 13, N° 3, 312.
- 58 — RAMZIN M.
Comportement du nouveau-né après placenta prævia et détachement prématuré du placenta.
Gynaecologia, 1968, 166, N° 2, 221-227, 6 fig. (Bibliogr.)
- 59 — REICH A.M.
Placenta prævia : a critical appraisal based on 35 years study at Bellevue Hospital (1919-1954).
Amer. J. Obstet. Gyn., 1956, 72, 277.
- 60 — RIVIERE M., MAHON R., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et MONDON H.
200 cas d'hémorragie par insertion basse. Pronostic maternel et fœtal.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai, 1958, 10, N° 2, 182-183.
- 61 — ROCKER I.
Un cas de « placenta prævia » compliqué d'afibrinogénémie.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp., déc., 1956, 63, N° 6, 894-896 (Bibliogr.)

- 62 — ROSSIER R.
Le prématuré.
Les cahiers Ballière, Ed. 1971.
- 63 — RUBENSTONE A.I. et LASH S.R.
Placenta prævia accreta.
Am. J. Obst. Gyn., 15 sept. 1963, 87, N° 2, 198-202
(Bibliogr.)
- 64 — SEMMENS J.P.
Placenta prævia : the role of conservative management in a controlled study.
Am. J. Obst. Gyn., janv., 1959, 77, N° 1, 63-73, 8
tabl. (Bibliogr.)
- 65 — SIDDAL R.S., WEST R.H.
Incision of the placenta at cesarean section. A cause
of fetal anemia.
Amér. J. Obstet. Gynec., 1952, 63, 425.
- 66 — SMITH K.
Cesarean section in the treatment of placenta præ-
via, a review of 99 cases.
Am. J. Obst. Gyn., janv., 1959, 77, N° 1, p. 55-62.
- 67 — TAMIS A.B., TAMIS R.H.
Placenta prævia accreta.
Obstet. Gynec., 1965, 25, p. 120-123.
- 68 — TANAKA Y. et TANAKA M.
La césarienne sans dissection trop poussée dans les
cas d'insertion basse antérieure du placenta.
Am. J. Obst. Gyn., 15 juin 1968, 101, N° 4, 572.
- 69 — TATUM H.J. et MULE J.G.
Placenta prævia.
Am. J. Obst. Gyn., 15 nov., 1965, 93, N° 6, 767-776,
10 tabl. (Bibliogr.)
- 70 — TORBET T.E., TSOUTSOPLIDES G.C.
Placenta prævia accreta ; conservative management.
J. Obst. Gynec. Brit. Cwth., 1968, 75, 737.
- 71 — VOKAER R.
Le placenta prævia.
in : les Grands syndromes en obstétrique.
Masson édit. 1968, p. 1-8.

- 72 — WILLIAMS G.L.
Récidive de placenta prævia dans 4 grossesses consécutives.
J. Obst. Gyn. Brit. commonw., août 1967, 74, N° 4, 609, 610 (Bibliogr.)
- 73 — ZILLIACUS H.
The detection of fetal blood in hemorrhage of late pregnancy.
Gynoecologia, 1964. 157.

ACHEVÉ D'IMPRIMER SUR LES PRESSES
DE L'IMPRIMERIE COMMERCIALE DE
L'ÉVEIL DE LA HAUTE-LOIRE
AU PUY-EN-VELAY — 43
LE 7 OCTOBRE 1972
DÉPOT LÉGAL : 4^e TRIMESTRE 1972

